**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

GABRIELA PEREIRA VASTERS

**Redes de apoio social de adolescentes usuários de drogas
atendidos em um serviço especializado ambulatorial em Ribeirão
Preto/ SP**

**Ribeirão Preto
2013**

GABRIELA PEREIRA VASTERS

**Redes de apoio social de adolescentes usuários de drogas
atendidos em um serviço especializado ambulatorial em Ribeirão
Preto/ SP**

**Tese apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em
Ciências, Programa Enfermagem
Psiquiátrica.**

**Linha de Pesquisa: Promoção de
Saúde Mental**

**Orientador: Ana Maria Pimenta
Carvalho**

**Ribeirão Preto
2013**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-publicação

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

FICHA CATALOGRÁFICA

Vasters, Gabriela Pereira.

Redes de apoio social de adolescentes usuários de drogas atendidos em um serviço especializado ambulatorial em Ribeirão Preto/ SP, 2013.
161p; Il. 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientador: Carvalho, Ana Maria Pimenta

1.Adolescentes. 2. Drogas lícitas e ilícitas. 3. Redes de apoio social.

FOLHA DE APROVAÇÃO

VASTERS, Gabriela Pereira.

Redes de apoio social de adolescentes usuários de drogas atendidos em um serviço especializado ambulatorial em Ribeirão Preto/ SP.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para Obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovada em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ana Maria Pimenta Carvalho

Instituição: EERP/ USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao bem mais precioso que a vida me presenteou,

minha família:

Meu pai Wolfgang, minha mãe Neiva, minhas irmãs Marcela e Jéssica, meu irmão

Stefan e minhas sobrinhas Alice e Katharina.

A vocês dedico todo o meu amor e o fruto destes anos de estudo, trabalho, distâncias e

saudades.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço de modo especial à minha orientadora, Profa *Ana Maria Pimenta Carvalho*. Obrigada por me proporcionar momentos únicos de crescimento pessoal e profissional, por investir seu tempo e coração em propostas que fugiam às atribuições como orientadora, mas que me permitiram um período de doutorado intenso e de uma riqueza indescritível. Agradeço pelas trocas e pelo compartilhar na caminhada, pelo exemplo de profissional que preserva sua humanidade e se abre humanidade alheia. Obrigada pelo prazer de caminhar estes anos ao seu lado.

AGRADECIMENTOS

Minha sincera gratidão:

A *Deus*, pela oportunidade de VIDA e fôlego novo a cada manhã.

Aos meus *pais e irmãos*, pelo amor incondicional e cuidado. Graças a vocês, onde quer que esteja, continuo a me orientar.

À *Alice*, por trazer luz, alegria e um sentido de amor que eu jamais soube que seria possível existir.

À minha *tia Célia*, por todo cuidado e incentivo.

Aos *adolescentes* que participaram deste estudo e, assim, me permitiram conhecer mais sobre sua história e suas vidas. Agradeço pela confiança e disposição!

Às Professoras *Jaqueline de Souza* e *Clarissa M. Corradi-Webster* pelas valiosas contribuições a este estudo no Exame de Qualificação.

Aos amigos que, apesar da distância, me permitem sentir agraciada pela simples existência de pessoas tão admiráveis: *Raquel Arouca, Renata Monari, Thiago Rodgers, Eduardo Costa, Clene Silveira, Victor Neves e Fabio Lima*. Obrigada pela certeza de que cada reencontro é um banquete para nossas almas.

Ao amigo *Beto Castro*, sem sua amizade e companheirismo este trabalho dificilmente chegaria ao fim! Obrigada, meu amigo.

Aos amigos e colegas da pós-graduação, especialmente *Daniela Barsotti, Marcela Miwa, Janaína Santos, Sara Barbosa, Karemme Oliveira, Daniel Dahdah, Carolina Fonseca, Gisele Vinha, Caroline Garla, Samuel Barroso, Ana Luiza Marques, Jéssica Teixeira, Carla Bastos, Maycon Seleguim, Elton Brás, Camila Souza, Larissa Gimenes, Elton Carlos*. Agradeço pelas trocas, suporte e bons momentos!

À equipe do *CAPS-ad II* de Ribeirão Preto, pelo acolhimento e disposição em abrir as portas para atividades de pesquisa.

Aos *funcionários da EERP/USP*, principalmente da Secretaria de Pós Graduação e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, pela atenção, disposição e paciência. Em especial, agradeço à *Adriana Arantes, Eliana Braga e Lourdes Abreu*,

sempre dispostas a esclarecer tantas dúvidas e ofertar um abraço caloroso e acolhedor.

Aos *meninos do "Projeto"*, pelas tardes alegres, pela oportunidade de acompanhar parte de suas vivências da adolescência, pelo aprendizado constante e pelo carinho de sempre.

Ao professor *Ian Norman* e *Jane Padmore*, pelas possibilidades de aprendizado e acolhimento que me proporcionaram.

À *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)* pelo financiamento deste estudo.

*Para além da curva da estrada
Talvez haja um poço, e talvez um castelo,
E talvez apenas a continuação da estrada.
Não sei nem pergunto.
Enquanto vou na estrada antes da curva
Só olho para a estrada antes da curva
Porque não posso ver senão a estrada antes da curva,
De nada me serviria estar olhando para outro lado
E para aquilo que não vejo.
Importemo-nos apenas com o lugar onde estamos.
Há beleza bastante em estar aqui e não noutra parte qualquer.
Se há alguém para além da curva da estrada,
Esses que se preocupem com o que há para além da curva da estrada.
Essa é que é a estrada para eles.
Se nós tivermos que chegar lá, quando lá chegarmos saberemos.
Por ora só sabemos que lá não estamos.
Aqui há só a estrada antes da curva, e antes da curva
Há a estrada sem curva nenhuma.
Alberto Caieiro (J. Pessoa)*

RESUMO

VASTERS, G.P. **Redes de apoio social de adolescentes usuários de drogas atendidos em um serviço especializado ambulatorial em Ribeirão Preto/SP.** 2013. 161f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2013.

A literatura e as diferentes práticas profissionais em saúde têm evidenciado os benefícios das intervenções que estendem o cuidado à rede de relações mais próximas dos sujeitos/pacientes. Assim como para as questões de saúde em geral, a atenção ao abuso de drogas na adolescência também pode se beneficiar com o olhar ampliado à sua rede de relações, pois estas se evidenciam como importante fonte de apoio que podem ser protetores em relação ao uso drogas e ao enfrentamento das adversidades vivenciadas. Sendo assim, considerou-se relevante um estudo que buscasse identificar e caracterizar as redes de apoio de adolescentes usuários de drogas. Para tal, foi adotado como metodologia o *Convoy Model* (Modelo de Escolta de Apoio Social) proposto por Kahn e Antonucci. O modelo propõe a análise da rede de apoio por meio de três círculos concêntricos representando três níveis de proximidade e define que sejam avaliados os primeiros 10 sujeitos citados pelo adolescente. Foram analisados, ainda, os aspectos estrutural (características dos integrantes da rede) e funcional (tipos de apoios ofertados e recebidos). Para análise dos aspectos funcionais, os autores propõem seis pré-categorias: confidenciar coisas importantes; ser tranquilizado e estimulado em momentos de incerteza; ser respeitado; ser cuidado em situação de doença; conversar quando está triste, nervoso ou deprimido e conversar sobre a própria saúde. Os sujeitos do estudo foram contatados a partir de um serviço ambulatorial especializado em Ribeirão Preto/ SP. Sobre os 10 adolescentes entrevistados, a média de idade foi de 15,4 anos, oito adolescentes eram do sexo masculino, seis estudavam, três trabalhavam, quatro eram católicos e quatro evangélicos. A média de pessoas residindo na mesma casa que o adolescente foi de cinco pessoas. O tamanho das redes variou entre 05-22 integrantes (média de 12 integrantes). Dentre as 10 primeiras pessoas citadas por cada adolescente, predominou a presença de mulheres; faixa etária de 11-20 anos; residentes na mesma casa que o adolescente, contato pessoal diário com este e membros da família extensa. Oito adolescentes relataram a presença de usuários de drogas em sua rede de apoio. Quanto aos aspectos funcionais, a distribuição dos tipos de apoio recebido foi: confidenciar coisas que são importantes (24 menções); ser tranquilizado e estimulado em momentos de incerteza (21); ser respeitado (49); ser cuidado em situação de doença (31); conversar quando está triste, nervoso ou deprimido (26); conversar sobre a própria saúde (20). Quanto aos tipos de apoio ofertados, temos: confidenciar coisas que são importantes (25); ser tranquilizado e estimulado em momentos de incerteza (15); ser respeitado (62); ser cuidado em situação de doença (46); conversar quando está triste, nervoso ou deprimido (14); conversar sobre a própria saúde (17). Os adolescentes referiram o total de 110 relações de reciprocidade de apoios. As redes de apoio foram compostas majoritariamente por mulheres, membros de sua família e residentes da mesma casa que o adolescente, características associadas às trocas de cuidado à saúde e respeito, conforme apontam os dados. Os tipos de apoio menos citados referem-se ao lidar com sentimentos e emoções, dado este que poderia estar relacionado ao período de menor diálogo com a família, conflitos entre seus membros e maior aproximação com os pares. Tais questões poderiam ser trabalhadas por profissionais nas intervenções terapêuticas. O instrumento utilizado

mostrou-se apropriado para a atuação junto a adolescentes, pois permitiu identificar as relações mais significativas, as fontes de apoio (ou ausência deste) bem como identificar na rede relações que podem interferir positiva ou negativamente no tratamento.

Palavras-chave: Adolescentes; drogas lícitas e ilícitas;, redes de apoio social.

ABSTRACT

VASTERS, G.P. **Social support networks of adolescent drug users from an outpatient service in Ribeirão Preto/ SP.** 2013. 161f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2013.

The literature and the different professional practices in health care have shown the benefits of interventions that extend care to the closest relationships of the patients' networks. As occurs in health care in general, the treatment of adolescent drug abusers may also benefit from care expanded to their relationships network, because it's known that close relationships are an important source of support which may be protective against the drug use and may be helpful to deal with adverse experiences as well. Therefore, it was considered relevant to identify and characterize the support networks of adolescent drug users. Thus, the adopted methodology was the Convoy Model proposed by Kahn and Antonucci. This model proposes the analysis of the support network by three concentric circles which represent three levels of closeness and sets which are rated the first 10 subjects pointed out by adolescents. It proposes also the analysis of the structural (characteristics of network members) and functional (different kinds of support offered and received by adolescents) aspects. To analyze the functional aspects, the authors propose six predefined categories: to confidence important issues; to reassure and encourage in times of uncertainty, to be respectful, to take care in disease situations; to talk when feeling sad, angry or depressed, and to talk about their own health. The adolescents were contacted from a specialized outpatient service in Ribeirão Preto/ SP. About the 10 interviewed, the average age was 15.4 years, eight adolescents were male, six were in rolled at school, three had a job, four were catholic and four were protestant. The average number of persons residing in the same house as the adolescents was five people. The size of network members ranged from 05-22 (mean of 12 members). Among the first 10 people cited by each adolescent, they were predominantly women, aged 11-20 years, living in the same house as the adolescents, daily personal contact with them and members of adolescent extended family. Eight adolescents reported the presence of drug users in their support network. Concerning to the functional aspects, the distribution of the kinds of received support by adolescents was: confide things that are important (24 mentions); be reassured and encouraged in times of uncertainty (21), be respected (49), be cared in disease situations (31); talk when feeling sad, angry, or depressed (26), talk about their own health (20). The kinds of offered support by adolescents were: to be confident about things that are important (25); to reassure and encourage in times of uncertainty (15), to be respectful (62), to take care in disease situations (46); to talk when feeling sad, angry, or depressed (14), and finally, to talk about their own health (17). Adolescents reported the total of 110 reciprocal relationships of support. Support networks were composed mainly of women, family members and residents of the same house as the adolescents, characteristics associated to health care and respect as data suggested. The kinds of support less mentioned were related to dealing with feelings and emotions; this could be due to the period of

absence of dialogue with the family, conflicts between family members or also closer relationship with their peers instead of their family. Such issues could be considered by professionals in therapeutic interventions. The Convoy Model was appropriate to work with adolescents because it allowed us to identify the most significant relationships, the sources of support (or the lack of it) and the relationships that can positively or negatively affect treatment.

Key words: adolescents; licit and illicit drugs and the social support network

RESUMEN

VASTERS, G.P. **Redes de apoyo social para adolescentes usuarios de drogas atendidos en un servicio ambulatorio especializado en Ribeirão Preto/SP** 2013. 161f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2013.

La literatura y las diferentes prácticas profesionales en salud han evidenciado los beneficios de las intervenciones que extienden el cuidado a la red de relaciones más próximas a los sujetos/pacientes. Así como para asuntos de salud en general, la atención del abuso de drogas en la adolescencia también puede beneficiarse con una visión ampliada a su red de relaciones, pues ellas constituyen una importante fuente de apoyo que puede convertirse en protección en relación al consumo de drogas y al enfrentamiento de las adversidades experimentadas. Por ello, se consideró relevante un estudio que buscara identificar y caracterizar las redes de apoyo de adolescentes usuarios de drogas. A tal fin, se adoptó como metodología el Convoy Model (Modelo de Escolta de Apoyo Social) propuesto por Kahn y Antonucci. El modelo propone analizar la red mediante tres círculos concéntricos representando tres niveles de proximidad, y define que sean evaluados los primero 10 sujetos citados por el adolescente. Se analizaron también los aspectos estructural (características de los integrantes de la red) y funcional (tipos de apoyo ofrecidos y recibidos). Para analizar los aspectos funcionales, los autores proponen seis pre-categorías: confidenciar asuntos importantes; ser tranquilizado y estimulado en momentos de incertidumbre; ser respetado; ser cuidado ante situaciones de enfermedad; conversar cuando está triste, nervioso o deprimido; y conversar sobre la propia salud. Los sujetos de estudio fueron contactados a partir de un servicio ambulatorio especializado en Ribeirão Preto/SP. De los 10 adolescentes entrevistados, la media etaria fue de 15,4 años, ocho eran de sexo masculino, seis estudiaban, tres trabajaban, cuatro eran católicos y cuatro evangélicos. La media de personas residiendo en la misma casa que el adolescente fue de cinco. El tamaño de las redes varió entre 05-22 integrantes (media de 12 integrantes). Entre las primeras 10 personas citadas por cada adolescente, predominó la presencia de mujeres; faja etaria de 11-20 años; residentes en la misma casa que el adolescente, contacto personal diario con él, miembros de la familia extendida. Ocho adolescentes informaron la presencia de usuarios de drogas en su red de apoyo. Respecto a los aspectos funcionales, la distribución de los tipos de apoyo recibido fue: confidenciar asuntos importantes (24 menciones); ser tranquilizado y estimulado en momentos de incertidumbre (21); ser respetado (49); ser cuidado ante situación de enfermedad (31); conversar cuando está triste, nervioso o deprimido (26); conversar sobre la propia salud (20). En referencia a los tipos de apoyo ofrecidos, tenemos: confidenciar asuntos importantes (25); ser tranquilizado y estimulado en momentos de incertidumbre (15); ser respetado (62); ser cuidado ante situaciones de enfermedad (46); conversar cuando está triste, nervioso o deprimido (14); conversar sobre la propia salud (17). Los adolescentes informaron un total de 110 relaciones de reciprocidad de apoyos. Las redes de apoyo estaban formadas mayoritariamente por mujeres, miembros de su familia y residentes en la misma casa que el adolescente, características asociadas a los cambios de cuidado de la salud, según lo expresan los datos. Los tipos de apoyo menos expresados se refieren al enfrentarse con sentimientos y emociones, dato que podría relacionarse al período de menor diálogo con la familia, conflictos entre sus miembros y mayor

aproximación a sus pares. Tales cuestiones podrían ser trabajadas por profesionales en sus intervenciones terapéuticas. El instrumento utilizado se mostró apropiado para el trabajo junto a adolescentes, pues permitió identificar las relaciones más significativas, las fuentes de apoyo (o su ausencia), así como identificar en la red a las relaciones que pueden interferir positiva o negativamente en el tratamiento.

Palabras clave: adolescentes, drogas lícitas e ilícitas y la red de apoyo social.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Localização do município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo.....	47
Figura 2.	Distribuição dos participantes de acordo com o local de residência, Ribeirão Preto, São Paulo.....	59
Figura 3.	Diagrama da Escolta elaborado por Alexandre.....	78
Figura 4.	Representação do Diagrama da Escolta de Alexandre.....	78

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Distribuição por níveis de proximidade.....	80
Gráfico 2.	Tipos de apoio e família nuclear.....	90
Gráfico 3.	Tipos de apoio e família extensa.....	91
Gráfico 4.	Tipos de apoio e relações não consanguíneas.....	92
Gráfico 5.	Comparação entre tipos de apoio recebido.....	93
Gráfico 6.	Comparação entre tipos de apoio ofertado.....	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Caracterização dos sujeitos.....	58
Quadro 2.	Composição familiar dos adolescentes: total de pessoas nas residências.....	60
Quadro 3.	Uso na vida de substâncias psicoativas.....	70
Quadro 4.	Contexto de primeiro uso de cada substância psicoativa.....	73
Quadro 5.	Substâncias Psicoativas de uso contínuo.....	75
Quadro 6.	Resultado final ASSIST.....	77
Quadro 7.	Distribuição dos integrantes por nível de proximidade.....	79
Quadro 8.	Distribuição dos membros das redes significativas de acordo com faixa etária.....	80

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening</i>
CAPS-AD	Centro de Atenção para Álcool e Drogas II
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índices de Desenvolvimento Humano
MOSS-SSS	<i>Medical Outcomes Study Questions – Social Support Survey</i>
NAPSF	Núcleo de Atenção Psicossocial para Farmacodependente
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
SSA	<i>Social Support Appraisals</i>
SSQ	<i>Social Support Questionnaire</i>
UNODOC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	22
1.1 CONSUMO DE DROGAS NA ATUALIDADE COMO PROBLEMA DE SAÚDE	23
1.2 ADOLESCÊNCIA: CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E CARACTERÍSTICAS	26
1.3 REDES DE APOIO SOCIAL.....	31
2. JUSTIFICATIVA.....	39
3. OBJETIVOS.....	41
3.1 OBJETIVOS GERAIS	42
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
4. METODOLOGIA	43
4.1 REFERENCIAL TEÓRICO	44
4.2 LOCAL DE ESTUDO	46
4.3 SUJEITOS/ PARTICIPANTES.....	48
4.4 MATERIAL E MÉTODOS	49
5. PROCEDIMENTOS.....	52
5.1 BUSCA DE SUJEITOS.....	53
5.2 COLETA DE DADOS.....	53
5.3 ANÁLISE DOS DADOS	54
5.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	55
6. RESULTADOS.....	56
6.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS PARTICIPANTES	57
6.2 APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES	60
6.3 USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	69
6.4 REDES DE APOIO	77
6.4.1 Características Estruturais das Redes	77
6.4.2 Características Funcionais das Redes	82
7. DISCUSSÃO	97
7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO.....	98
7.2 ADOLESCENTES E USO DE DROGAS.....	102
7.3 REDES DE APOIO – ASPECTOS ESTRUTURAIS DO MODELO DE ESCOLTA DO APOIO SOCIAL	105
7.4 ASPECTOS FUNCIONAIS DAS REDES DE APOIO	121

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
9. REFERÊNCIAS.....	140
10. APÊNDICE.....	152
11. ANEXOS	154

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSUMO DE DROGAS NA ATUALIDADE COMO PROBLEMA DE SAÚDE

Foi no contexto da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2001, que o Ministério da Saúde assumiu “de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública” (BRASIL, 2003, p.09). O que torna a questão das drogas psicoativas uma temática emergente para se discutir na atualidade é sua repercussão em diferentes esferas, como na gestão de recursos e gastos públicos, políticas públicas, nos setores da economia, justiça e segurança, e no cotidiano de inúmeros indivíduos e de suas famílias. Para Duarte e Morihisa (2008):

O conceito, a percepção humana e o julgamento moral sobre o consumo de drogas evoluíram constantemente e muito se basearam na relação humana com o álcool, por ser ele a droga de uso mais difundido e antigo. Os aspectos relacionados à saúde só foram mais estudados e discutidos nos últimos dois séculos, predominando, antes disso, visões preconceituosas dos usuários (...) (p.45)

Sabe-se que as substâncias psicoativas estão presentes nas diferentes culturas e grupos populacionais há milhares de anos, contudo, o que se observa é que, nos primórdios, seu consumo se dava em rituais ou circunstâncias específicas, em grupos mais restritos e fins já estabelecidos (rituais religiosos, busca por transcendência, lidar com altitudes elevadas, alívio da dor). Entretanto, observa-se na atualidade que o consumo destas substâncias vem se intensificando e se disseminando nos diferentes grupos, culturas e classes socioeconômicas, não mais em grupos restritos e ocasiões específicas.

Pratta e Santos (2006) sugerem que tal intensificação na atualidade no consumo tem se dado pela maior busca por prazer e alívio do sofrimento, sendo estas possivelmente justificadas pelas modificações nas condições de vida, como o

aumento do estresse que acompanha a contemporaneidade (sobrecarga e competição no mercado de trabalho, trânsito intenso, criminalidade, instabilidade econômica, aumento das desigualdades sociais, dentre outros).

Como decorrência, a atenção voltada para a questão das drogas também tem se intensificado com o passar dos anos devido à sua experimentação cada vez mais precoce, à amplitude de seu consumo que já atinge as diferentes classes sociais, bem como pelas suas consequências, tanto no âmbito pessoal (na vida do próprio sujeito) quanto em um contexto macroestrutural (COSTA et al., 2007). Neste contexto de impactos mais estruturais, a Secretaria Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2009) publicou em 2009 um relatório nacional o qual destacou dados recentes sobre o padrão de consumo de drogas em diferentes grupos populacionais (estudantes de diferentes níveis e indígenas), os principais danos diretos relacionados à saúde (aumento da transmissão de doenças ocasionadas por comportamentos de risco, como transmissão de hepatites virais e HIV, taxas de absenteísmo, internações, índice de mortalidade) e prejuízos indiretamente relacionados ao consumo de drogas (aumento de apreensões do tráfico, mortes decorrentes de acidentes de trânsito), como também fez um panorama da rede de atenção ao uso de álcool e outras drogas.

Devido à prevalência de consumo de drogas que tem mostrado crescimento, o CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas) tem realizado diferentes levantamentos epidemiológicos de porte nacional desde a década de 1990 em diferentes contextos para verificar a incidência e frequência do uso de drogas, sendo a maior parte destes levantamentos realizados entre adolescentes.

Diferentes são os sentidos ou motivos para o uso de drogas psicoativas na atualidade. Segundo Pereira (2007), o homem consegue estabelecer diferentes

modos de uso de drogas, pois diferentemente do que se apreende do senso comum, nem sempre quem usa ou experimenta drogas tem algum “problema” ou está “angustiado” (p.137). Alguns dados revelam, por exemplo, que a maioria dos adolescentes entrevistados em diferentes estudos relatou fazer uso de bebidas alcoólicas por motivos “sociais e curiosidade, somente poucos relataram o enfrentamento de problemas como o principal motivo para o uso (KUNTSCHE et al, 2005; 2006, SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2005). Outros ainda apontam como motivos para o uso da maconha, por exemplo, prazer e diversão, a experimentação, a valorização social, o tédio, e relaxamento (LEE; NEIGHBORS; WOODS, 2007).

A maconha tem sido considerada a droga ilícita mais utilizada por adolescentes, e seus usuários os que apresentam maior risco para o envolvimento em atos infracionais, mau desempenho ou evasão escolar, e alterações físicas e psicológicas (REY et al., 2004; TIMS et al., 2002).

O consumo de substâncias psicoativas na antiguidade se dava principalmente em agrupamentos. Na atualidade, é possível observar que essa característica se mantém, sendo o grupo o principal contexto de consumo de drogas tanto lícitas, como o álcool que acompanha rodas de conversa e outras formas de lazer, como ilícitas. Entre os adolescentes, este aspecto da socialização com os pares é fator que contribui fortemente para a experimentação e consumo de drogas.

Dados atuais apontam que, enquanto o uso de drogas como a cocaína tem se mostrado em declínio em localidades pelo mundo, na América do Sul e Ásia se mostra em ascensão. O uso abusivo de medicamentos sem prescrição e de novas substâncias psicoativas sintéticas vem crescendo e alertado os pesquisadores. O último relatório publicado pelo UNODOC (2013) destaca os riscos de novas drogas

sintéticas apreendidas e que, tem ocasionado maiores riscos à saúde dos seus usuários pela ausência de testes de segurança.

A prevalência de consumo de ecstasy na população tem apresentado redução entre os anos de 2009 e 2011, com taxa de consumo na população mundial de 0,4%, contudo, as apreensões da droga aumentaram drasticamente nos últimos anos (de 60 toneladas em 2005 para 123 toneladas em 2011). O relatório destaca que a maconha se mantém enquanto a droga ilícita de maior consumo, tendo apresentado, apesar de redução de consumo na Europa, houve aumento na prevalência de uso populacional (3,9% entre pessoas com 15 a 64 anos).

1.2 ADOLESCÊNCIA: CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E CARACTERÍSTICAS

Na atualidade, o período da adolescência é marcado pelas mudanças e adaptações que o indivíduo vivencia na transição para a fase adulta. É um período considerado crítico no que se refere ao desenvolvimento de competências pessoais e interpessoais, aquisição de habilidades e tomada de decisões (SCHENKER; MINAYO, 2004). Além disso, é na adolescência que o sujeito busca mais fortemente seu universo de experimentações (descoberta do novo) e identificações, geralmente associado aos grupos de pares. Compreende-se, então, que trata-se de um período de desenvolvimento de habilidades adaptativas emocionais, comportamentais e sociais (SPRINTHALL; COLLINS, 2003).

Tais definições são perspectivas atuais de um conceito que foi socialmente construído ao longo da história. Bock (2007) nos apresenta uma retomada deste processo de construção social do conceito de adolescência, destacando que não se trata de algo naturalmente dado, e sim construído a partir de contextos

socioeconômicos específicos. A partir da releitura de vários autores, Bock resume que o período da adolescência foi definido a partir das necessidades de melhor qualificação para o mercado de trabalho no pós-revolução industrial, sendo esta via o prolongamento da permanência do sujeito por mais tempo na escola e sob tutela dos pais. Assim, a autora sintetiza que adolescência “não é um período necessário do seu desenvolvimento e sim, um período no qual o mundo adulto considerou necessário colocar seus jovens para poderem, os adultos, estar mais tempo no mercado de trabalho e, os jovens, mais bem preparados para responderem às exigências do novo mundo do trabalho tecnológico” (p.69)

Tal expansão do período escolar permitiu que os indivíduos se aproximassem dos colegas ao mesmo tempo em que a dependência dos pais permanecia presente. Essa contradição vivenciada pelos indivíduos acaba por originar as novas buscas por identificação, referenciais e validação dos sentimentos e opiniões, legítimos e presentes para os adolescentes na atualidade.

A utilização do termo “adolescência” para definir um período intermediário entre a infância e a fase adulta se deu, no Ocidente, a partir da segunda metade do século XVIII, decorrente dos avanços na medicina, pedagogia e filosofia (DEL PRIORE, [200?]). Este tem sido descrito como um período caracterizado por intensas mudanças individuais (corporais e psíquicas) e na relação do sujeito com o mundo, marcado por ritos de passagem que indicam, por vezes publicamente, ascensão do indivíduo a um novo status social. Como exemplo disso tem-se que, na Antiguidade grega, os jovens recebiam formação no aprendizado de atividades que os a preparavam para serem cidadãos plenos, como também eram iniciados eroticamente por homens adultos em encenações. Exemplos mais próximos à realidade brasileira no decorrer da história contam os ritos entre os indígenas que

preparam os jovens para assumir as responsabilidades do adulto (caça, guerra) com sessões que exigem do jovem suportar a dor, a fome e outros sacrifícios. Na atualidade, o simbolismo de tais rituais está presente no ingresso na universidade e no serviço militar, pela submissão, sacrifícios e humilhações como parte dos trotes aplicados pelos veteranos (EL FAR, [200?]).

Ressaltamos, novamente, que nem sempre houve (ou há, no presente) essa distinção de um período intermediário entre infância e fase adulta, pois se observa também que em muitos contextos e cenários sociopolíticos havia (e ainda há) a necessidade de a criança compor a força de trabalho ainda em tenra idade, como nos períodos de colonização ou contextos de recessão e extrema pobreza.

Historicamente, é a partir dos anos de 1930 que os jovens ganham visibilidade com a presença de jovens influentes e em condições de poder, como Hitler, Mussolini e Stálin (DEL PRIORE, [200?]). E, segundo a mesma autora, é a partir da década de 50 que a juventude ganhou destaque pela expansão do mercado de consumo dos *teenagers*, ganhando também destaque na mídia com as transgressões e oposições de valores e conduta aos quais se expunham.

Características como transgressão das normas sociais e contestação de autoridades ainda são fortemente associadas ao período da adolescência. Entretanto, são aspectos importantes e necessários no desenvolvimento da identidade, pois exige que o adolescente repense seus referenciais de valores e se posicione perante si, os outros e a sociedade (COLE; COLE, 2003).

No processo de maturação do sistema nervoso central, as áreas responsáveis pela tomada de decisão e julgamento são as últimas a se desenvolverem, sendo este um dos aspectos que pode contribuir para a adoção de comportamentos que os expõe a algum tipo de risco (COLE; COLE, 2003).

Entretanto é necessário considerar os aspectos subjetivos que podem sugerir os motivos para tais comportamentos. Na adolescência é comum a busca por experimentações que permitam ao adolescente formar opinião, por si próprio, a respeito de questões como drogas, sexualidade, limites do corpo e relação com autoridades, por exemplo (GAZZANIGA; HEATHERTON, 2005). Assim, considerar que a busca por experimentações é legítima e parte importante de seu desenvolvimento, ressalta-se a importância de pais e educadores na tarefa de favorecer uma comunicação efetiva e vínculos fortalecidos que permitam o diálogo com este adolescente, de forma que este processo de descobertas se dê de um modo mais protegido, sem que impeça o adolescente de vivê-lo.

A associação ao grupo de pares na adolescência é permeada por diferentes sentidos que a tornam de extrema importância neste período de preparação para o início de um novo ciclo que é a fase adulta. A literatura refere que o grupo de pares tem relação direta com desenvolvimento da autonomia, formação da identidade, validação do que se pensa pela compreensão e compartilhamento de ideias semelhantes, primeiros ensaios em direção à escolha de parceiros afetivos, e também na transição do ambiente protegido (casa) para o “mundo” (inserção no mercado de trabalho, relações formais, maiores exigências, entre outros) que em muitos momentos aparenta ser pouco receptivo ao adolescente (OLIVEIRA, [200?], COLE; COLE, 2003).

Neste universo de descobertas e experimentações, o consumo de drogas entre adolescentes tem se dado precocemente e, com isso, suas consequências também têm sido antecipadas. A faixa etária para o primeiro uso de drogas apontada pela literatura indica 14-16 anos (GALDURÓZ et al., 2005, MUZA et al., 1997). No que se refere ao primeiro uso de bebida alcoólica ou tabaco, a idade é

ainda mais precoce, entre 10 e 12 anos de idade (GALDURÓZ et al., 2005). Entretanto, a literatura aponta que, em alguns contextos, o uso de drogas ilícitas como a maconha tem se dado ainda mais precocemente em relação às lícitas como tabaco e álcool (VASTERS, 2010).

Apesar da experimentação de drogas psicoativas ocorrer precocemente, nem todos os que dela fizerem uso chegarão a consumos mais intensos ou de riscos, menos ainda à dependência. Todavia, ressalta-se que os diversos fatores relacionados ao aumento gradativo do consumo não são passíveis de previsão, como aspectos orgânicos e genéticos (MESSAS; VALLADA FILHO, 2004; OMS, 2006; KOOB; VOLKOW, 2010), os aspectos psicossociais (habilidades de enfrentamento de situações adversas, presença de rede de apoio) e também o sentido que o uso da droga tem para o indivíduo.

Quanto às variações de gênero, Giusti, Sañudo e Scivoletto (2002) não encontraram diferenças no que se refere à idade de experimentação, entretanto referiram que as meninas avançavam mais rapidamente do quadro de abuso para dependência, apresentando maior prevalência de transtornos de humor relacionado à maior gravidade dos transtornos por uso de substâncias. Outros autores referem que fatores afetivos podem desempenhar um papel maior no uso de drogas entre as adolescentes em relação aos meninos, pois a literatura aponta que as meninas são mais prováveis de iniciar o uso de drogas como resposta a dificuldades emocionais (como ansiedade, depressão, e problemas nos relacionamentos e desarmonia familiar) em relação aos meninos (DAKOF, 2000, SEGUIRE; CHALMERS, 2000). Como exemplo desta relação entre sentimentos e consumo de drogas, um estudo encontrou que o sentimento de raiva entre estudantes estava significativamente associado ao uso de tabaco, bebidas alcoólicas e maconha (NICHOLS et al., 2008).

A literatura aponta as principais decorrências do uso de drogas psicoativas, considerado de risco, dentre elas, o aumento do índice de abandono escolar e rompimento de laços sociais, como a ruptura das redes de suporte ou vínculos familiares, reforçando a “percepção pública” de aproximação com atos infracionais (BRASIL, 2003). Alguns dos fatores que podem predispor ao uso de drogas são a falta de integração escolar, um contexto familiar conflituoso, pressão do grupo de pares, condição socioeconômica desfavorecida, além dos aspectos próprios à adolescência, como o pertencimento a um grupo e a busca pela independência familiar (DE MICHELI; FORMIGONI, 2002; HUESCA; ENCINAS; PANTOJA, 2002; MILENA et al., 2007). Por outro lado, a literatura também refere fatores que são protetores como o acesso a informações esclarecedoras relativas a drogas e seus efeitos, uma estrutura familiar protetora, que inclui laços afetivos entre pais e filhos e a presença de sentimentos como cumplicidade e respeito (SANCHEZ, 2004). Ressaltamos que a despeito da presença ou ausência destes fatores que, segundo a literatura, podem “proteger” o adolescente, a relação do sujeito com as drogas é única e nem sempre passível de explicação ou justificativas. Por isso considera-se que tais aspectos de proteção ou risco são apenas indicativos de maior atenção e cuidado direcionados ao adolescente, e não fatores que expliquem ou determinem o consumo de drogas.

1.3 REDES DE APOIO SOCIAL

Com base na concepção sistêmica de Saúde de Dalhgren e Whitehead (1991) e na concepção sistêmica de desenvolvimento da pessoa (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998) entende-se que a primeira está contida na

segunda e ambas se processam por meio da interação indivíduo – com suas características pessoais, biológicas, psicológicas e sociais – e ambiente – família, redes sociais, instituições pelas quais transita, condições socioeconômicas e culturais do meio social onde ele vive. Assim compreender a condição de saúde mental da criança e do adolescente é abordar tanto seus aspectos pessoais quanto os contextos onde eles vivem desde o familiar, escolar até o contexto mais amplo da sociedade.

Dentre os principais aspectos que são parte do universo adolescente e que também podem ser fonte de suporte a este estão as redes de relações. Podemos compreender rede social enquanto “o conjunto de vínculos (e seus respectivos papéis) relacionados ao indivíduo, quer por laços de parentesco, amigos ou conhecidos” (SOUZA; KANTORSKI, 2009, p.374).

A literatura aponta diferença substancial no que se refere aos conceitos de rede social e apoio social (BOWLING, 2003; GRIEP, 2003). Enquanto rede social diz respeito à “dimensão estrutural ou institucional ligada a um indivíduo” (PEDRO et al., 2008, p.02), à sua rede ou teia de relações e vínculos sociais (BOWLING, 2003), concebe-se apoio social enquanto a dimensão pessoal ou qualitativa dessa rede, tais como suporte emocional, material ou afetivo, ou ainda sentimentos como confiança ou respeito (PEDRO et al., 2008, GRIEP, 2003). Brito e Koller (1999) afirmam que a rede de apoio social fornece subsídios para definir as formas como a pessoa percebe seu mundo e se orienta nele, bem como suas estratégias e competências para estabelecer relações e enfrentar adversidades. E ainda, a análise do apoio social pode se dar a partir da percepção que o sujeito tem de si, crença desenvolvida de que é estimado, que se interessam por ele, que tem com quem contar e está satisfeito com isso (ANTUNES; FONTAINE, 2005).

Para Gazzaniga e Heatherton (2005), a seleção de pessoas com quem os indivíduos se relacionam se dá a partir de aspectos como a proximidade (frequência de contato), familiaridade (maior aproximação ao Ihe é familiar em detrimento do que Ihe é estranho), semelhança (preferência por características em comum, reconhecer-se no outro), e atributos pessoais como personalidade e atratividade. Deste modo, a rede de apoio social de um sujeito pode ser composta tanto por indivíduos (consanguíneos ou não) quanto por serviços de saúde, instituições de ensino, grupos de apoio, dentre outros equipamentos não personificados, ou segundo Marsden (1990), atores individuais e coletivos, mas de relevância enquanto suporte social.

Amplamente se tem discutido na literatura sobre o benefício de uma rede de apoio bem estruturada no enfrentamento de diferentes adversidades, sejam estas relacionadas ao acometimento de doenças, à senescência, situações de violência ou de riscos sociais, e tantas outras. A literatura aponta, ainda, que o tipo e a qualidade do vínculo estabelecido dentro de cada uma das partes das redes sociais relacionam-se à capacidade de resistir a comportamentos de risco, podendo esta ser aumentada ou diminuída (SANTANA, DONINELLI, KOLLER, 2004). Cobb (1976), um dos precursores na avaliação de apoio social, considera que este exerce influência nas condições de saúde, por meio do suporte (como confronto ou adaptação) em situações críticas. Dalmaso e Nemes Filho (2001) consideram o suporte social como uma medida importante de prevenção primária necessária nas diferentes esferas da saúde. Outro aspecto descrito na literatura é a quantidade de vínculos, pois conforme Sluzki (2007), um espectro restrito de relações sociais está diretamente relacionado à maior possibilidade de conflitos e desgastes nas relações.

No que se refere ao consumo de drogas, inúmeros estudos têm apontado que a presença de uma rede de suporte efetiva é fator de proteção ao uso de drogas na adolescência. Um exemplo disto é o estudo de Milena et al. (2007) segundo o qual há um aumento significativo do consumo de álcool e tabaco em adolescentes inseridos em contexto de disfunções familiares intensas, o que acaba por ocasionar uma alteração na percepção de apoio social no adolescente. O estudo ressalta que a estrutura familiar tradicional (nuclear) não é necessariamente essencial ao desenvolvimento de relações saudáveis para o adolescente, mas sim a percepção de suporte social encontrada nela.

Diferentes autores encontraram que a percepção de apoio social pode ter interferência direta nos resultados de tratamentos para abuso de substâncias, sendo fator de prevenção de recaídas (ELLIS et al., 2004; GARMENDIA et al., 2008). Não somente a percepção de uma rede de apoio pode ser determinante no processo de tratamento, mas também a própria configuração da rede social dos usuários de drogas. Buchanan e Latkin (2008) encontraram que, nos Estados Unidos, entre usuários de cocaína e heroína, aqueles que cessaram o uso de drogas reformularam suas redes sociais, excluindo desta os usuários de drogas. Nesse mesmo sentido, outros autores afirmaram que dentre os que tiveram recaídas, a frequência do uso sofreu maior influência dos amigos usuários em comparação à influência exercida por sua rede protetora, composta pelos indivíduos chamados “abstinentes”. Afirmam ainda que fazer mudanças em suas redes sociais em direção ao restabelecimento de vínculos com a família e à aproximação de grupos de ajuda mútua e programa de reabilitação predispõem a melhores resultados no tratamento (ELLIS et al., 2004; HSER et al., 1999; BARTHOLOMEW et al., 2000). Em contrapartida, alguns autores não identificaram relação entre a percepção do suporte social e resultados do

tratamento do abuso de substância, sugerindo que uma sensação geral de apoio social nem sempre é suficiente para impedir a reincidência do consumo de drogas (MCMAHON, KOUZEKANANI, MALOW, 1999).

Considerando-se a relevância do apoio social como fator de fortalecimento de situações adversas, diferentes estudos buscaram meios de mensurar ou caracterizar as redes e percepções de apoio nas mais diversas situações ou condições de saúde. Os principais aspectos avaliados relativos à rede de apoio social são: características das redes (quantidade de sujeitos, densidade, homogeneidade ou heterogeneidade), caracterização dos indivíduos que compõem a rede (grau de parentesco ou tipo de relação, frequência de contato), vínculo (intensidade), pontos de tensão ou conflito, as diferentes esferas da vida, os diferentes tipos de apoio (se suporte emocional, material, informacional, motivacional ou pertencimento), o apoio recebido e ofertado e a satisfação com o apoio (SLUZKI, 1997; GARWICK et al, 1998; ARRIAGA; CLAUDINO; CORDEIRO, 2005).

A despeito dos aspectos comuns a determinados instrumentos que avaliam rede de apoio social, merecem destaque os diferentes modos possíveis de avaliação por meio de tais instrumentos. Encontra-se na literatura a utilização de escalas validadas que buscam mensurar as redes de apoio (geralmente do tipo *Likert*, com gradações e passíveis de análises estatísticas diversas), estudos que priorizam a caracterização e análise do apoio social de modo mais descritivo, por meio de entrevistas ou até mesmo grupos focais, e também outros que utilizam mapas ou representações gráficas da rede de apoio e os analisam quantitativamente ou por análise de conteúdo. Um levantamento feito em diferentes bases de dados no período de 1987 a 2007 buscou caracterizar os estudos desenvolvidos no Brasil que objetivaram avaliar apoio social. Dentre os 59 artigos indexados encontrados, 51%

utilizaram entrevistas para avaliar o apoio social, 34% o fizeram por meio de escalas ou inventários, 17% realizaram observações e 10% aplicaram questionários. Ademais, foram identificados 7% que avaliaram o apoio social pela construção de mapas das relações e 5% que fizeram empregaram grupos focais (GONÇALVES et al, 2011).

Contudo, Griep (2003) e Gonçalves et al (2011) concordam que há na literatura inúmeros instrumentos de medida de rede de apoio social, entretanto ressalta que o nível de confiabilidade e validade dos instrumentos, em muitos casos, não foram avaliados. O que permite concluir que “descrições mais detalhadas de propriedades psicométricas desses instrumentos, levando em conta aspectos teóricos e análises empíricas, são essenciais para que essas dimensões socioculturais possam ser incluídas, com maior frequência, nos estudos epidemiológicos” (GRIEP, 2003, p.12).

No contexto brasileiro, alguns instrumentos para avaliação de redes de apoio social têm sido utilizados e serão destacados a seguir. Matsukura, Marturano e Oishi (2002) fizeram a tradução e adaptação do *Social Support Questionnaire* (SSQ) de Sarason et al (1983), utilizando-o entre mulheres-mães. O SSQ é composto por 27 questões, e cada questão dividida em duas partes. A primeira parte indica o número de fontes de suporte e a segunda, a satisfação com o esse suporte, permitindo, assim, escores para a quantidade de figuras de suporte percebido e para a satisfação com o suporte social recebido.

A escala *Social Support Appraisals* (SSA) proposta por Vaux et al (1986) objetiva avaliar a percepção do apoio social recebido. No contexto brasileiro foi feita a adaptação transcultural da versão portuguesa (ANTUNES; FONTAINE, 1995) do instrumento, relacionado-o ao desenvolvimento socioemocional de crianças e

adolescente (SQUASSONI, 2009). A versão portuguesa, com trinta itens, se propõe a avaliar a percepção de crianças e adolescentes a respeito do suporte recebido da família, amigos, professores e outras pessoas de forma geral. Já a versão adaptada no Brasil.

Griep (2003) se propôs a traduzir e validar uma medida de rede social (*Social Network Index*), proposta inicialmente por Berkman e Syme (1979) e uma escala de apoio social, o *Medical Outcomes Study Questions – Social Support Survey* (MOSS-SSS), desenvolvido por Sherbourne e Stewart (1991). Os sujeitos no estudo de validação foram funcionários de uma universidade. Da mesma forma como na versão original, o MOSS-SSS é composto por 19 itens que abrangem cinco dimensões funcionais de apoio social (material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação). Para cada item, o funcionário deveria indicar com que frequência considerava disponível cada tipo de apoio, em caso de necessidade (tipo *Likert* de cinco pontos).

Outra forma possível de avaliar a rede de apoio social é pela utilização de mapas, como O Modelo dos Cinco Campos. Proposto originalmente por Samuelsson et al (1996), e adaptado no Brasil por Hoppe (1998), mostrou-se útil no estudo entre crianças e adolescentes por sua dinamicidade (HOPPE, 1998; SIQUEIRA; BETTS; DELL'AGLIO, 2006) consiste em representação gráfica com cinco círculos concêntricos, divididos em cinco esferas da vida (família, amigos, parentes, escola e outros locais). O sujeito é estimulado a pensar com quais pessoas mais pode contar e que tipo de apoio recebe. Ao distribuir as pessoas que compõem sua rede de acordo com as áreas, também considera a satisfação com o apoio recebido, sendo quanto mais próximo do centro, mais satisfeito com o apoio. Sua análise contempla

os aspectos estruturais e funcionais por meio de estatística descritiva e análise de conteúdo.

O psiquiatra argentino Carlos E. Sluzki propõe um mapa das redes significativas, elaborado a partir da distribuição de indivíduos que são parte da vida do sujeito em três círculos concêntricos, subdivididos em quatro partes, a saber: família, amigos, relações de trabalho/ estudo e relações comunitárias (esta parte contempla as relações com sistema de saúde). O modelo avalia os atributos dos vínculos, aspectos estruturais e funcionais (de apoio) da rede de apoio em análises quantitativas (SLUZKI, 1997).

E, como último exemplo de representação gráfica como instrumento de avaliação de rede de apoio, destaca-se o Modelo de Escolta de Apoio Social, desenvolvido por Kahn e Antonucci (1980). Por tratar-se da opção de instrumento para a execução deste estudo, será detalhado no capítulo correspondente à metodologia.

Justificativa

2 JUSTIFICATIVA

Os estudos citados anteriormente contemplam a temática das redes de apoio de adolescentes enquanto fator de prevenção (ou proteção) ao uso de drogas como também de auxílio no processo terapêutico. Ressaltamos a relevância de tais discussões, entretanto pouco se encontrou na literatura sobre as características e estruturas, de forma explorada e sistematizada, de tais redes de apoio na vida dos adolescentes usuários de drogas. Entendemos que se faz necessário não somente pensar na presença ou ausência de apoio social efetivo em sua rede de relações, mas nas características funcionais e estruturais deste apoio, bem como nas reais fontes de suporte para estes adolescentes, como uma alternativa possível ao uso de drogas, principalmente quando este uso pode se dar enquanto estratégia para o enfrentamento das adversidades e desafios da vida.

Objetivos

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

3.1.1 Identificar e caracterizar, estrutural e funcionalmente, as redes de suporte social percebidas por adolescentes usuários de drogas no município de Ribeirão Preto, São Paulo;

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Caracterizar o uso de drogas de adolescentes atendidos em um serviço ambulatorial;

3.2.2 Detalhar os apoios ofertados, recebidos e trocados pelos adolescentes com os membros de suas redes;

3.2.3 Verificar a presença de usuários de drogas nas redes de apoio.

Metodologia

4. METODOLOGIA

4.1 Referencial Teórico

O referencial teórico adotado foi proposto por Kahn e Antonucci (1980), e é tratado no Brasil por Modelo de Comboio (SILVEIRA, 2009) ou Modelo de Escolta de Apoio Social (BRITO, 1999; PAULA-COUTO et al, 2008). Os termos “comboio” ou “escolta” foram traduzidos do original, *convoy*, termo definido inicialmente por Path, em 1975, e aprofundado pelos teóricos do referido modelo de relações sociais. O termo tem sua origem na Antropologia e evoca “uma imagem composta de camadas protetoras, nesse caso família, amigos, parceiros comunitários, que circundam o indivíduo e o ajudam a negociar com os desafios da vida” (BRITO, 1999, p.18).

Segundos seus teóricos, as relações sociais são vistas enquanto um fenômeno em desenvolvimento no qual os indivíduos se movem no decorrer da vida, rodeados por pessoas que são próximas e importantes, de modo tal que exercem influência crítica em suas vidas e seu bem estar, podendo esta influência ser tanto positiva quanto negativa. Nesse sentido, o relacionamento com pessoas do seu meio permite que o indivíduo se desenvolva e ocupe papéis específicos enquanto parte integrante dos diferentes grupos ou comboio (ANTONUCCI, AKIYAMA, 1994).

O Modelo de Comboio enfatiza ainda que as relações se dão de modos distintos e se modificam com o passar do tempo, no decorrer do desenvolvimento, sendo característico esse processo dinâmico nas relações sociais (ANTONUCCI, AKIYAMA, 1995). O modelo é apresentado como uma alternativa às abordagens tradicionais que não conseguem captar a complexidade das relações sociais através

do tempo e do contexto. Em uma investigação com crianças, por exemplo, pode-se observar como elas se beneficiam com a presença de múltiplas relações, as quais desempenham papéis diferentes em suas vidas, embora a importância atribuída às relações específicas sejam passíveis de variações entre os indivíduos (LEVITT, 2005).

Kahn e Antonucci (1980) propuseram um modelo que leva em consideração a perspectiva do desenvolvimento ao longo da vida que afeta as relações interpessoais. As bases deste conceito estão fundamentadas em Piaget que compreende que o desenvolvimento cognitivo do indivíduo contribui para o modo como este vivencia seu desenvolvimento social. Segundo o conceito de desenvolvimento intraindividual, ao longo da vida, o indivíduo é ocupante de papéis na família, nas organizações e na comunidade. Enquanto o indivíduo se desenvolve ao longo do tempo, ocupa diferentes papéis como parte de um grupo maior (ou da escolta, conforme definição do modelo). Este grupo maior (escolta) pode ser a família, amigos, grupos comunitários, ou a sociedade como um todo. Os autores do modelo consideram que as experiências vivenciadas pelo indivíduo nestes contextos aumentam a habilidade de compreender como cada evento é usufruído (ANTONUCCI, AKIYAMA, 1994). Os autores destacam que as diferenças quanto a tamanho, composição e função das redes podem variar de acordo com gênero, faixa etária, cultura, religião ou mesmo classe econômica.

No contexto internacional, o referencial tem sido utilizado entre adultos e idosos, a partir da perspectiva de desenvolvimento no ciclo vital (ANTONUCCI, 1994; ANTONUCCI, AKIYAMA, 1995). No Brasil, os estudos que utilizaram o mesmo referencial o adequaram a idosos (PAULA-COUTO et al, 2008), crianças e

adolescentes em situação de risco (BRITO et al, 1997) e para identificação da rede de suporte de pacientes com aids (SILVEIRA, 2009).

Os aspectos contemplados pelo modelo e que nortearam a análise dos dados no que se refere às relações sociais são a proximidade ou vínculo, o tipo de relação (qual papel exerce na vida do sujeito) e a qualidade do apoio recebido (ANTONUCCI, AKIYAMA, 1994).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A cidade onde o presente estudo foi desenvolvido está localizada a noroeste no Estado de São Paulo (Figura 01). Ribeirão Preto foi fundada em 1956 e hoje possui mais de 604 mil habitantes. É considerada uma das cidades que mais se desenvolve no país pela economia voltada ao agronegócio e qualidade de vida. Dentre os mais de 80 municípios que compõem a região de Ribeirão Preto, a renda per capita é quase o dobro da média brasileira.

Figura 1 - Localização do município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo.

Indicadores epidemiológicos indicam redução na quantidade de internações hospitalares para tratamento de dependência de drogas psicoativas no período que compreende 1988 e 2008, de 64.792 internações para 24.001 em 2008 (BRASIL, 2013). Estes dados caminham na direção da política territorial de atenção à saúde mental por meio de serviços ambulatoriais, como a criação dos Centros de atenção Psicossocial para álcool e drogas em 2002 (BRASIL, 2012). A compreensão de território enquanto local de intervenção e cuidado tem direcionado diferentes estratégias como a Saúde da Família (ESF e NASF), Unidades Básicas de Saúde e os consultórios de rua. Cada equipamento com suas atribuições no âmbito da saúde, porém sob os mesmos princípios de atenção ao sujeito inserido no contexto em que vive. Sobre o conceito de território, compreendemos que não se trata apenas de área geográfica, mas de serviço caracterizado pelo livre acesso da população inserido no contexto onde seus usuários vivem, e onde circulam também

as pessoas com quem mantém contato, os locais que frequenta e se articula (unidades de ensino, saúde, trabalho, igreja, dentre outros) (BRASIL, 2013). Autores destacam ainda que trata-se do local onde também circulam “emoções, afetos e laços sociais” dos indivíduos (GARCIAL et al, 2005, p. 241).

Tendo por diretriz a portaria nº336/GM de 19 de fevereiro de 2002, da Lei 10.216/ 01 (BRASIL, 2012) que regulamenta o funcionamento de serviços ambulatoriais em saúde mental, o CAPS-ad II localizado no distrito oeste de Ribeirão Preto iniciou suas atividades em 1996 em parceria estabelecida entre Prefeitura Municipal e Sanatório Espírita Vicente de Paulo. Inicialmente denominado Núcleo de Atenção Psicossocial para Farmacodependente (NAPSF), hoje conta com equipe composta por médicos psiquiatras, clínicos geral, enfermeiros e técnicos de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, educador físico e equipe administrativa (PEREIRA, 2008).

4.3 SUJEITOS/ PARTICIPANTES

São participantes deste estudo dez adolescentes usuários de drogas psicoativas que foram atendidos pelo CAPS-ad II. Este número foi definido tendo por base outros estudos que analisaram a rede de apoio a partir do modelo de escolta do apoio social e considerando também a quantidade de adolescentes atendidos no CAPS-ad II no início da coleta de dados (julho de 2011) e sua disponibilidade em participar do estudo. Os critérios de inclusão dos sujeitos no estudo foram: ter de 10 a 19 anos (conforme definição de adolescência pela OMS, 1995) e ter iniciado tratamento para uso de drogas no CAPS-ad II. Ressalta-se que foi considerado consumo atual de drogas quando o adolescente referiu tê-lo feito nos últimos três

meses, período este avaliado pelo instrumento *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening* (ASSIST).

Apesar de não ter sido previsto, foram encontrados em atendimento no CAPS-ad II adolescentes oriundos da Fundação Casa, instituição para adolescentes infratores que cumprem medida socioeducativa de internação no Estado de São Paulo. Concluiu-se que estes adolescentes não poderiam compor o rol de possíveis participantes no estudo por estarem em situação de privação de liberdade e, em decorrência, com restrição de contato com sua rede de apoio e, de igual modo, restrição de acesso às drogas.

4.4 MATERIAL E MÉTODOS

Para que o alcance dos objetivos, inicialmente foi realizado entrevista semiestruturada com os sujeitos a fim de se obter dados que auxiliassem na caracterização da população em estudo. O roteiro foi elaborado a partir das informações sociodemográficas, do contexto familiar e informações sobre o cotidiano dos adolescentes. Os aspectos socioeconômicos foram obtidos de acordo com os Critérios de Classificação Econômica Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS E PESQUISAS, 2009) (ANEXO A).

Quanto à mensuração do consumo de drogas, foi utilizado para triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras drogas o instrumento, *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening* (ASSIST) (ANEXO B), desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde e adaptado no Brasil por Henrique et al (2004). Os referidos autores apontam que o instrumento é de fácil e rápida utilização, bem

como tem se mostrou útil para detectar precocemente o uso de risco em potencial e o padrão de consumo das substâncias.

O referencial teórico no qual se fundamenta o presente estudo propõe o diagrama da escolta do apoio social (KAHN, ANTONUCCI, 1980) como forma de representar as relações sociais dos sujeitos (ANEXO C). A representação do diagrama se dá por meio de círculos concêntricos e hierárquicos, formado por três níveis de proximidade do indivíduo, sendo este situado no ponto central. As pessoas, que são parte integrante das relações do indivíduo em determinado momento de sua vida, são distribuídas entre os três níveis de acordo com o papel que exercem na vida do sujeito. As relações do círculo mais interno são caracterizadas como estáveis ao longo da vida. No círculo intermediário, são representadas as pessoas não tão importantes, mas cuja relação ainda é próxima (familiares, amigos, colegas de trabalho, dentre outros). Estas relações não são totalmente independentes de papéis sociais e por isso têm certo grau de instabilidade ao longo do tempo. O círculo mais externo é ocupado pelos indivíduos com menor grau de proximidade, mas que, apesar disso, ainda são considerados fontes de suporte (colegas ou superiores de trabalho, vizinhos, dentre outros). Estas relações são dependentes e limitadas pelos papéis sociais dos indivíduos sendo, portanto, instáveis e vulneráveis às mudanças destes papéis (SILVEIRA, 2009; PAULA-COUTO et al, 2008; KAHN, ANTONUCCI, 1980).

A elaboração do referido diagrama, conforme pensado por Brito (1999) e replicado por Paula-Couto et al (2008), foi proposta a partir de modelo confeccionado em material lúdico e passível de manipulação pelos entrevistados (feltro, papel cartão e velcro nos estudos citados). Os relatos das experiências que utilizaram tal recurso foram positivos ao evidenciar a dinamicidade que o mesmo

proporciona. Neste estudo optou-se pela utilização de E.V.A. na elaboração do diagrama devido às cores vivas e facilidade de manuseio pelo adolescente.

Paula-Couto et al (2008) destacam que a utilização do diagrama foi de fácil aplicação e útil na avaliação das redes sociais, pois contempla aspectos estruturais e funcionais desta, proporcionando uma análise mais integrada.

Complementarmente ao diagrama utilizamos o modelo de entrevista estruturada proposto por Antonucci e Akyiama (1987) que nos permitiu avaliar dois aspectos das relações sociais dos sujeitos, sendo as características (1) estruturais e (2) funcionais da rede de apoio. A estrutura diz respeito à multiplicidade das relações identificadas, ou seja, à quantidade de pessoas com as quais o indivíduo pode realmente contar em sua rede. Já sua funcionalidade indica a qualidade das redes, ou seja, a satisfação e ausência de conflitos nas relações (PAULA-COUTO et al, 2008). Esta etapa da coleta de dados nos auxiliou a compreender mais profundamente as dez relações mais próximas do sujeito, representados no círculo mais interno do diagrama, conforme proposto pelo modelo original. Os aspectos estruturais serão apontados a partir de questões que incluem itens como breve identificação da pessoa citada (nome, idade, sexo, tipo de relação ou grau de parentesco) e algumas especificações da relação (frequência de contato e distância entre as residências). Os aspectos funcionais da rede de apoio foram avaliados a partir de questões feitas ao participante acerca de qual das pessoas citadas por ele no diagrama, ele oferece ou recebe os tipos de suporte especificados pelo modelo de escolta do apoio social e que foram destacados na etapa de análise dos dados.

Procedimientos

5.PROCEDIMENTOS

5.1 BUSCA DE SUJEITOS

O contato com os participantes do estudo se deu por meio do Centro de Atenção para Álcool e Drogas II (CAPS-ad II) de Ribeirão Preto/ SP, localizado no distrito oeste do referido município. A escolha deste local para intermediar o contato com os possíveis participantes do estudo se deu pela parceria já existente entre a universidade e o serviço e por ele propiciar o acesso mais efetivo a adolescentes que fazem um uso de drogas considerado de risco ou mesmo que já apresentem quadro de dependência.

Após a obtenção das devidas autorizações por parte do serviço e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa para iniciar a execução deste estudo, em julho de 2011 foi realizado junto ao CAPS-ad II um levantamento dos adolescentes atendidos naquele período por meio da consulta de seus prontuários. Foram registrados os seguintes dados: data de nascimento, endereço e telefones de contato, nome de algum responsável, data da primeira ida ao serviço e se o fez por busca espontânea ou encaminhamento e destacados os adolescentes oriundos da Fundação Casa que estavam em atendimento no serviço.

5.2 COLETA DE DADOS

Após a identificação dos possíveis sujeitos do estudo junto ao serviço conforme os critérios estabelecidos, foram feitos os primeiros contatos com o adolescente e/ou seu responsável por telefone com o objetivo de apresentar

brevemente o estudo e agendar, individualmente, um momento posterior para a coleta dos dados..

A escolha por agendar as entrevistas na residência dos adolescentes se deu por possibilitar maior participação destes no estudo devido a não necessidade de seu comparecimento a algum local, para que fosse possível a presença de um responsável que concedesse a autorização e, ainda, por permitir que o adolescente se sentisse mais à vontade com a pesquisadora por estar em seu próprio ambiente. O momento da coleta de dados foi registrado com gravador digital de áudio como forma de garantir a integridade das repostas, posterior à autorização pelos participantes.

5.3 ANÁLISE DOS DADOS

Na etapa de análise dos dados inicialmente fez-se a caracterização dos sujeitos dos estudos a partir dos dados sociodemográficos obtidos nas entrevistas. Os aspectos econômicos, por sua vez, foram analisados a partir do Critério de Classificação Econômica Brasil conforme descrito na sessão de instrumentos. Posterior a isso, foram analisados os aspectos relacionados ao uso de substâncias psicoativas por meio de questões referentes ao tema por meio de roteiro semiestruturado. Ademais, contou-se com o auxílio do instrumento ASSIST para identificar certas características (como quais as substâncias de uso atual) e, principalmente, para obter o *score* relativo ao padrão de consumo que poderá indicar a necessidade de uma intervenção breve ou tratamento mais intensivo. Tais aspectos nos serão base para discutir sobre a intensidade de uso e a rede de apoio social.

Para a análise das redes de apoio social, dois aspectos foram considerados conforme proposto pelo Modelo de Escolta do Apoio Social: estrutura e função. Para tanto, buscou-se realizar uma análise descritiva a partir das informações obtidas no diagrama. As entrevistas foram analisadas por estatística descritiva e também qualitativamente, a partir das categorias prévias propostas pelos autores do referencial, a saber: (1) confidenciar coisas que são importantes; (2) ser tranquilizado e estimulado em momentos de incerteza; (3) ser respeitado; (4) ser cuidado em situação de doença; (5) conversar quando está triste, nervoso ou deprimido; e (6) conversar sobre a própria saúde (ANTONUCCI, AKIYAMA, 1987; PAULA-COUTO et al, 2008; SILVEIRA, 2009).

5.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para a realização deste estudo, os procedimentos éticos foram baseados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas que Envolvem Seres Humanos (BRASIL, 1996). O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto emitiu parecer favorável à execução do estudo após as devidas correções necessárias (ANEXO F).

Ressaltamos que as entrevistas somente se deram após a concordância dos participantes ou de seus responsáveis (em caso de não atingida a maioria dos sujeitos da pesquisa) com o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo D; Anexo E), nos quais foram apresentados os objetivos da pesquisa, a garantia de anonimato de cada participante e o direito de desistência ou a negar-se a responder alguma questão, caso seja a opção do participante, em qualquer momento da pesquisa.

Resultados

6. RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS PARTICIPANTES

Para que se tenha uma visão geral sobre quem são os participantes deste estudo, nesta seção será apresentada sua caracterização. Cabe destacar que, no intuito de preservar o anonimato dos participantes, dados mais específicos que possibilitariam qualquer identificação foram omitidos bem como seus nomes substituídos por nomes fictícios.

Participaram deste estudo 10 adolescentes, com idades que variaram entre 10 e 18 anos (Quadro 01). Apenas duas participantes eram do sexo feminino. Oito adolescentes mencionaram pertencer a religiões de origem cristã (quatro católicos e quatro evangélicos) e dois participantes não seguiam nenhuma religião.

Quanto à escolaridade dos participantes, esta variou entre 5ª série do Ensino Fundamental e 2ª série do Ensino Médio. Entretanto, na ocasião da entrevista, quatro adolescentes não frequentavam a escola e os motivos relatados por eles foram: Diego disse ter desistido de ir à escola, Eduardo começou a trabalhar, Luiza apenas relatou ter parado de estudar e Bruno afirmou que parou de ir à escola devido à proibição de sua mãe na intenção de preservá-lo (“[...] *como eu tive um conhecimento porque ali [na escola] tem um envolvimento [com drogas], eu... eu não deixei ele ir mais. Fiquei com medo*” genitora de Bruno). Quanto às atividades laborais, três adolescentes possuíam alguma com retorno financeiro (Quadro 01).

ID	SEXO	IDADE	BAIRRO	RELIGIÃO	ESCOLARIDADE	ESTUDA ATUALMENTE?	TRABALHA ATUALMENTE?	CURSOS/LAZER
Alexandre	Masculino	14	Vila Virgínia	Católica	8ª Ensino Fundamental	Sim.	Sim. Mecânico	Futebol
Carlos	Masculino	13	Tanquinho	Evangélica	6ª Ensino Fundamental	Sim. (repetiu 2 anos por falta)	Não	
Diego	Masculino	18	Ipiranga	Católica	8ª Ensino Fundamental	Não. (interrompeu os estudos, "desisti" sic)	Sim. Garçom em hotel	Não. Já fez vários cursos, jogava futebol, mas parou por causa do trabalho.
Julia	Feminino	18	Sumarezinho	Evangélica	8ª Ensino Fundamental	Sim. (supletivo)	Sim. Teleoperadora	Não. Já fez taekwondo, parou por causa de trabalho.
Guilherme	Masculino	14	Orestes Lopes de Camargo	Nenhuma	8ª Ensino Fundamental	Sim.	Não	Não. Já fez de informática, parou porque mudou de bairro.
Eduardo	Masculino	17	Núcleo São Luis	Católica	1º Ensino Médio	Não. (parou porque começou a trabalhar)	Não	Não. Já fez de mecânica.
Lucas	Masculino	10	Simioni	Evangélica	5ª Ensino Fundamental	Sim.	Não	Informática Futebol
Douglas	Masculino	17	Ipiranga	Católico	2º Ensino Médio	Sim. (já repetiu por notas ruins)	Não	Web designer
Luiza	Feminino	18	Simioni	Evangélica	6ª Ensino Fundamental	Não. (interrompeu os estudos)	Não	
Bruno	Masculino	15	Orestes Lopes de Camargo	Nenhuma	8ª Ensino Fundamental	Interrompeu os estudos este ano porque mãe descobriu que usava drogas na escola	Não	Não.

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos do estudo.

Os adolescentes do estudo residiam em bairros próximos ao local de atendimento para o uso de drogas por meio do qual foram contatados (Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto). O Mapa 01 indica a localização aproximada das residências de cada participante e o serviço especializado em destaque.

Mapa 01: Distribuição dos participantes de acordo com local de residência, Ribeirão Preto, São Paulo. 2013.

Com relação à composição das residências dos adolescentes (Quadro 02), a quantidade de pessoas na mesma moradia variou entre três e sete pessoas, com presença de: pai e mãe biológicos (um adolescente), pai e mãe adotivos (um adolescente), mãe biológica e pai não biológico (dois adolescentes), só mãe biológica (três adolescentes), avó (quatro adolescentes), avô (três adolescentes), irmãos (cinco adolescentes), irmãs (cinco adolescentes), sobrinhos (dois

adolescentes), cônjuge (um adolescente), tios (dois adolescentes) e cunhado (um adolescente).

ID	PAI	MÃE	IRMÃOS	IRMÃS	AVÓ	AVÔ	OUTROS	TOTAL
Alexandre	--	X	--	--	X	--	--	03
Carlos	--	--	(1)	(3)	X	X	--	07
Diego	--	X	--	--	--	--	Esposa (1)	03
Julia	--	X	--	(1)	--	--	Sobrinhos (2)	05
Guilherme	X	X	(2)	--	--	--	--	05
Eduardo	--	--	--	(1)	--	--	Cunhado (1)	05
							Irmão do cunhado ("tio")	
							(1)	
							Sobrinho (1)	
Lucas	(adotivo)	(adotiva)	(2)	(2)	--	--		07
Douglas	--	--	--	--	X	X	Tios (2)	05
Luiza	(padrasto)	X	(1)	--	X	X	--	06
Bruno	(padrasto)	X	(1)	(1)	--	--	--	05

Quadro 02: Composição familiar dos adolescentes: total de pessoas nas residências.

A renda familiar variou entre R\$ 668,00 e R\$ 4600,00, com média de R\$ 2360,38 mensais e média de R\$ 454,63 por morador da residência. A análise socioeconômica dos participantes foi realizada conforme proposto pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) utilizado por este estudo (Anexo A) baseado na quantidade de determinados pertences existentes na residência. Sendo assim, segundo o CCEB, os participantes eram oriundos da classe econômica B1 (três adolescentes), B2 (um adolescente), C1 (quatro adolescentes) e C2 (dois adolescentes).

6.2 APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Conforme mencionado anteriormente, tendo em vista os objetivos do presente estudo, optou-se por caracterizar os participantes individualmente uma vez que um dos aspectos da análise pretendida refere-se ao apoio oriundo da sua rede de

relações. Para tanto, conhecer seus contextos e pessoas de sua convivência se faz de grande valia para melhor compreensão dos resultados.

Cabe destacar que, apesar de um roteiro de questões ter norteado as entrevistas com os participantes, certos aprofundamentos somente foram possíveis sob as condições particulares do desenrolar de cada entrevista.

- Alexandre:

Alexandre é um adolescente de 14 anos de idade, seguidor da religião católica. Cursa a 8ª série do Ensino Fundamental em uma escola próxima a sua residência no período da manhã e à tarde trabalha como manutenção de carro. Duas vezes por semana treina futebol. Alexandre reside no bairro Vila Virgínia. Possui parceira afetiva com quem namora há quatro meses. Costumava passear de bicicleta com os amigos do bairro, mas relatou que os amigos “desandaram” (*sic*). Na mesma casa residem sua mãe e sua bisavó. Não reside com o pai embora o veja com regularidade. Este casou novamente e possui um filho. O chefe do lar é a genitora e, de acordo com as respostas ao CCEB, sua família encontra-se no grupo C1. No decorrer da entrevista, Alexandre chorou ao relatar as brigas recorrentes com a genitora, entretanto se mostrou satisfeito com os momentos de lazer que possui com esta quando saem juntos. Demonstrou forte vínculo afetivo com a bisavó com quem mora desde que nasceu.

- Carlos:

Carlos tem 14 anos de idade e mora no distrito norte do município. Reside com a avó, avô e três irmãos desde seus quatro anos de idade. A genitora foi adotada por seus avós e atualmente mora em local conhecido pela concentração de usuários de crack. Teve um filho com necessidades especiais que é cuidado pela avó. Carlos disse que ele “nasceu assim” porque a mãe usava crack quando estava

grávida de seu irmão: “*acho que faz tempo [que a mãe usa crack] por causa que ela [mãe] teve ele [irmão] e quando ele tava na barriga dela ela usava, por isso que ele nasceu assim*” (sic). O genitor não mora no mesmo bairro, mas visita Carlos toda semana por trabalhar próximo a sua residência. Relata que genitor é usuário de maconha. O avô é o chefe da família, é funcionário público e está prestes a se aposentar. Segundo CCEB, encontram-se na faixa B2. Carlos cursa a 6ª série do Ensino Fundamental, entretanto relatou que deveria estar na 8ª série mas reprovou dois anos por excesso de falta às aulas: “*ela [avó] tinha hérnia, aí ela operou, aí não tinha ninguém pra me levar pra escola. Aí eu fui ficando na minha casa... E ano passado também foi de falta*” (sic). Trabalhava em um lava rápido, porém teve de deixar o trabalho quando residiu por duas semanas com a avó paterna em bairro distante na tentativa de reduzir seu consumo de drogas e se afastar de colegas também usuários. Sobre religião, Carlos disse frequentar uma igreja evangélica com a avó materna esporadicamente. No dia-a-dia, Carlos fica em casa, assiste à televisão e brinca com as irmãs menores, afirmou que não sai mais com os amigos porque a avó não permite. Anteriormente, saía com amigos de bicicleta para diversos locais, festas e outros bairros. Refere em muitos momentos da entrevista a influência dos amigos no consumo de drogas, conforme ilustrado ela fala “*não é que eu tive vontade... eu só fumei assim mais quando os outros fumam*”. Carlos relata a preocupação da avó quanto ao uso de drogas “*Ela (avó) não quer que eu siga assim o caminho da minha mãe*”. Foi levado ao serviço ambulatorial pela avó paterna, mas após duas idas não quis dar continuidade ao tratamento.

- *Diego:*

Diego tem 18 anos de idade, é casado há oito meses e não tem filhos. Mora com a esposa e com a mãe no distrito oeste de Ribeirão Preto. Relatou que a mãe é

a chefe do lar e a casa é própria. A família encontra-se na faixa C2 da CCEB. O genitor residia na região Norte do Brasil, onde moravam há dois anos quando seus pais se separaram. Atualmente genitor reside em Minas Gerais, mas vem com frequência a Ribeirão Preto. Sobre a escolaridade de Diego, este afirmou ter desistido dos estudos há um ano, estava na 8ª série do Ensino Fundamental na ocasião. Trabalha há um mês como garçom. A esposa é teleoperadora. Diego disse ser seguidor da religião católica, apesar de não frequentar as atividades da igreja. Sobre as atividades que costumava fazer antes de trabalhar, mencionou que jogava futebol três vezes por semana, mas por causa do trabalho relatou não ter tempo pra nada mais. Relatou que seus primeiros contatos com drogas psicotrópicas foram quando ainda morava na região Norte deste município. Após tentativa de tratamento ambulatorial para interromper o consumo, optou por internação em comunidade terapêutica. Argumentou que o serviço ambulatorial não era o que procurava e optou pela internação por se identificar mais com o grupo de apoio. Sua rede de amigos é composta por muitos ex-usuários de drogas e frequentadores do mesmo grupo de ajuda mútua.

- *Julia:*

Julia é uma adolescente de 18 anos. Mora no distrito oeste com a mãe, irmã, sobrinha e sobrinho. Disse que nunca conheceu seu pai. Sua mãe é a chefe do lar e a família pertencente ao grupo C2 conforme respostas ao CCEB. Estuda à noite, cursando 8ª série no Ensino Fundamental em supletivo, porém queixou-se da distância entre a escola e sua residência. Julia trabalha há uma semana como teleoperadora. Seu parceiro afetivo trabalha no mesmo local. Em sua rotina diária trabalha das 09:00-15:00 horas, chega em casa 16:00 horas, dorme por um curto período de tempo e vai à escola. Aos finais de semana, diz ficar na casa do parceiro

ou de algum amigo deles e ir a festas. Raramente vai a “*barzinhos*” (sic). Já fez aulas de taekwondo, mas teve de interromper por causa de um trabalho anterior que ocupava muito de seu tempo. Relatou desejo em retomar a atividade, mas afirmou sentir-se “*desanimada*” (sic) mais recentemente. No que diz respeito ao consumo de substâncias psicotrópicas, Julia relatou experimentação de grande variedade de drogas e uso regular de drogas com o parceiro, familiares e com os amigos que compõem sua rede de relações. Julia descreveu com risadas diferentes situações em que se colocou em risco pelo abuso de substâncias. Chegou ao serviço ambulatorial por meio de encaminhamento de uma unidade de saúde, porém afirmou que não pode dar continuidade ao tratamento por estudar e trabalhar, tendo perguntado sobre funcionamento do serviço aos finais de semana.

- *Guilherme:*

Guilherme tem 14 anos de idade, reside na região norte do município há três anos. Na mesma residência moram pai, mãe e dois irmãos. De acordo com as respostas ao CCEB, a família se encontra na faixa B1, sendo o genitor o chefe do lar. Guilherme está cursando 8ª série do Ensino Fundamental, no período da tarde. A escola é próxima à residência. Sobre sua rotina, contou-nos que acorda cedo, por volta das 07h30min horas, “*mexe no computador*” (sic) e “*sai pra rua*” (sic). Mencionou o uso de maconha como parte de sua rotina diária de lazer “*fico trocando ideia, dou uma volta de bike, fumo um baseado/ porque eu fumo!*” (sic). Atualmente não trabalha e não faz cursos, relatou que teve de interromper curso de informática quando mudou de bairro. Sobre religião, afirmou que a mãe frequenta igreja evangélica, mas ele não a acompanha. Seu pai também não frequenta nenhuma igreja. O adolescente fez referência a um relacionamento afetivo com uma moça do bairro, mas categorizou a como “*ficante*”, ou seja, sem compromisso formal com o

relacionamento. Sobre consumo de drogas, faz uso regular de cigarro e maconha e de outras drogas esporadicamente. Como os genitores não o auxiliam financeiramente, relatou vender drogas algumas vezes por semana só quando precisa de dinheiro: *“eu que me viro, compro minhas coisas. Se eu quiser fumar, eu que me viro [...] que eu to lá, eu to sem dinheiro, aí tem um (algun conhecido no ponto de tráfico) ‘ô, deixa eu ficar uma hora aí pra você aí? ‘Aí eu fico, faço um dinheiro pequeno nesse dia e depois saio fora”* (sic). Foi apreendido por quatro atos infracionais relacionados a tráfico de drogas e furto. A genitora buscou informações a respeito do tratamento ambulatorial e levou Guilherme, que há quatro meses frequenta semanalmente o serviço.

- *Eduardo:*

Adolescente tem 17 anos de idade e reside em condomínio de chácaras com irmã, cunhado, irmão do cunhado e sobrinho com necessidades especiais. Eduardo descreve um histórico de perdas familiares (morte de uma irmã em acidente de carro, um irmão que morreu aos dois anos de idade, pai assassinado por dívida por drogas e mãe falecida, porém adolescente mostrou-se abalado ao falar da morte da mãe e não quis falar sobre isso. Mencionou apenas que a família mentiu sobre os reais motivos de seu falecimento por alguns anos). Refere que foi ensinado pela família (primeiramente pela genitora e após sua morte pela irmã com quem reside) sobre não chorar por quem já morreu para que a pessoa já falecida não sofra mais, sendo tal fala recorrente no decorrer da entrevista. Sua família possui um estabelecimento comercial (bar) no local onde residem, sendo este a principal fonte de renda, o que garante enquadramento no grupo B1 quanto à classificação econômica de acordo com CCEB. Adolescente descreveu brigas entre os membros da família ocasionadas de excesso de álcool, incluindo brigas com lesões corporais

nas quais ele mesmo esteve envolvido após consumo pesado de álcool. Referiu, ainda, problemas da irmã pelo consumo de cocaína: *“Hoje, quando eu uso, assim, eles conhecem, eles não são bobos. Minha irmã usa... só cocaína... por isso que eles brigam direto, é por causa dela sempre”* (sic). No dia-a-dia auxilia a família com o atendimento no bar e com as tarefas da chácara, e que brinca sozinho e vai para o “mato” matar passarinho. Disse que procura não ficar *“à toa (...) pra não fazer besteira”* (sic). Eduardo não estuda atualmente, interrompeu o 1º ano do Ensino Médio há dois anos alegando que foi no período que iniciou consumo de drogas. Iniciou tratamento no serviço ambulatorial levado pela irmã após orientação dada por um vizinho, entretanto não quis dar continuidade após três idas ao serviço. Sobre a razão para não ir mais aos atendimentos, afirmou: *“eu gosto do jeito que eles conversam lá no CAPS(ad), sabe? [...] lá tinha um monte de molecada lá. E ela (profissional do serviço) quer conversar tipo um negócio pessoal, da família, com um monte de gente do lado?!”.*

- Lucas:

Lucas tem 10 anos de idade. Mora com os pais adotivos e cinco irmãos biológicos em uma região apelidada por “brejo” por ser próximo a um córrego na região norte do município. Sua mãe biológica é usuária de crack e está em situação de rua, abrigando-se em uma praça com outros usuários. Não convive com seu pai biológico, mas o conhece. Lucas tem mais irmãos que não residem na mesma residência com os pais adotivos: um deles tem aproximadamente 14 anos e foi doado pela genitora, residindo atualmente em Minas Gerais; duas irmãs adolescentes que residem em uma escola de freiras e uma irmã que faleceu quando ainda bebê, segundo relatos da mãe adotiva, por negligência da genitora. Sua mãe adotiva já tinha dois filhos do primeiro casamento. Seu pai adotivo é o chefe do lar e

trabalha com venda de materiais recicláveis e faz pequenos consertos de eletrônicos. O estrato sócio econômico ao qual pertencem, de acordo com as respostas ao CCEB, é C1. Toda a família é frequentadora de uma igreja evangélica. Lucas cursa atualmente a 5ª série do Ensino Fundamental, no período da tarde. Durante a semana, possui outras atividades como atendimento psicológico às terças-feiras, futebol às quintas-feiras e curso de informática às sextas-feiras. Em seu tempo livre, gosta de jogar bola em um campo em frente a sua casa na companhia de um primo e seus irmãos e também de auxiliar a mãe com as tarefas de casa. Relatou gostar de festas, mas que não pode ir só, apenas levando seus irmãos. A mãe adotiva relatou três episódios de fuga de Lucas relacionados a consumo pesado de drogas. Em uma das ocasiões, Lucas foi atropelado e encaminhado pela polícia a um abrigo. Além disso, Lucas também ateou fogo em um colchão e em um guarda-roupas, o que, segundo mãe adotiva, estava relacionado ao consumo de substância (incêndio acidental ao tentar livrar-se de cigarro de maconha que estava aceso).

- *Douglas:*

Adolescente tem 18 de idade anos e reside com avó, avô e dois tios no distrito oeste. Genitora mora com a parceira afetiva em bairro próximo e genitor com a avó paterna na região norte do município. Adolescente afirmou ser católico, porém sem frequência regular à igreja. Avô é o chefe da casa e, segundo respostas às questões do CCEB, fazem parte do grupo B1. Adolescente frequenta 2ª série do Ensino Médio em escola na região central no período da tarde e três vezes por semana faz curso de web design alternando horário de manhã e à noite. Relatou que seu principal lazer é vídeo game e que sai para festas esporadicamente, mas não com a frequência com que saía antes. Relatou a presença de diversos amigos

usuários de drogas em sua rede de relações próximas, incluindo alguns que estavam presentes na ocasião de experimentação de diferentes drogas. Referiu frequência regular à local (praça) conhecido no município pelo intenso consumo de drogas entre adolescentes.

- *Luiza:*

A adolescente tem 18 anos. Seus pais se separaram quando Luiza tinha cerca de 10 anos de idade. Mora atualmente com a mãe, padrasto, avó, avô e um irmão. O genitor reside em Uberaba, porém retorna a Ribeirão Preto periodicamente por acompanhamento de um problema renal. Luiza relatou que o visita duas vezes por ano. A adolescente relatou que tem outro irmão que reside com a avó paterna deste. Afirmou ser apegada à família apesar das constantes brigas. Quando questionada sobre os motivos mais comuns das discussões apenas respondeu “o povo é meio doido” (sic). A adolescente relacionou o uso de drogas ao relacionamento familiar “*acho que é por causa da família. Muita decepção. [...] eu fiquei assim depois que minha mãe largou do meu pai*”. Sobre suas estratégias para lidar com isso e o sentimento de ansiedade que ela relata, relatou sair com as amigas e, sobre isso, refere que “*resolver, não resolve. Só distrai a mente. Acho que precisa mudar muita coisa aqui dentro de casa [...] o jeito que ‘nós é’*”. O avô é quem assume a maior parte das despesas do lar e a casa é própria. A família pertence ao grupo C1 de acordo com as respostas dadas ao CCEB. Luiza é frequentadora esporádica de uma igreja evangélica. Atualmente não estuda e nem trabalha. Interrompeu os estudos há dois anos, estava na 6ª série do Ensino Fundamental. Está envolvida em um relacionamento afetivo há dois anos com um rapaz de 36 anos. Ele trabalha como chapeiro e tem um filho de oito anos fruto de um relacionamento anterior. Relata que parceiro já foi usuário de crack e, segundo

Luiza, o parceiro chegou a ser preso 10 vezes por atividades ilegais. Apesar de atualmente não fazer uso de crack, afirmou que esporadicamente consomem juntos maconha e cocaína. Luiza disse não ir há vários meses nas atividades do serviço ambulatorial por falta de meio de locomoção ou alguém para ir com ela ao local.

- *Bruno:*

Adolescente tem 15 anos de idade, reside na região norte com a genitora, padrasto e irmã. Não convive com o pai biológico, não o vê há cerca de 10 anos quando houve a separação dos pais. O padrasto é caldeireiro e é o chefe do lar. Conforme CCEB, a família se enquadra nos critérios para grupo C1. Bruno estudou até 8ª série do Ensino Fundamental. Atualmente não estuda, pois de acordo com relato da genitora, foi na escola que iniciou uso de drogas, assim sendo, achou por bem que Bruno ficasse em casa por um período para seu acompanhamento e proteção. Adolescente afirmou passar a maior parte do dia soltando pipa na rua, mas proferiu desejo de iniciar curso de informática. A genitora relatou histórico de uso de drogas na família, por parte da tia materna e irmão mais velho de Bruno. Sobre a chegada ao serviço ambulatorial, genitora relatou que já tinha informações sobre o local por ter tentado levar sua própria irmã ao serviço. Entretanto, chegou ao CAPS-ad após encaminhamento de pediatra de uma unidade de saúde, local onde buscou ajuda para lidar com a descoberta do uso de drogas pelo filho.

6.3 USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Os adolescentes participantes do estudo foram questionados sobre o histórico do **uso na vida** de drogas, ou seja, ao longo de suas trajetórias, quais drogas já experimentaram, com que idade e em qual ocasião. Conversou-se ainda sobre as

drogas de **uso recente** e **uso contínuo**, tendo sido considerado uso recente qualquer uso de cada droga nos últimos três meses (período utilizado no instrumento ASSIST também utilizado neste estudo) e uso contínuo, um uso periódico e mais frequente (diário ou semanal). Assim sendo, o Quadro 03 dispõe sobre a distribuição de drogas já experimentadas pelos adolescentes do estudo.

IDENTIFICAÇÃO	TABACO	ÁLCOOL	MACONHA	COCAÍNA/ CRACK	ANFETAMINA / ÊXTASE	INALANTE	HIPNÓTICO/ SEDATIVO	ALUCINÓGENO	TOTAL
Alexandre	X	X	X			X	X	X	06
Carlos		X	X						02
Diego	X	X	X	X	X	X			06
Julia	X	X	X	X	X	X			06
Guilherme	X	X	X			X		X	05
Eduardo	X	X	X	X		X			05
Lucas	X		X	X					03
Douglas	X	X	X	X			X		05
Luiza	X	X	X	X			X		05
Bruno	X	X	X			X			04
TOTAL	09	09	10	06	02	06	03	02	

Quadro 03: Uso na vida de substâncias psicoativas.

Alguns valores do quadro acima serão destacados a seguir: maconha foi a única substância que foi experimentada pelos dez participantes, seguida em frequência pelo tabaco (nove adolescentes) e álcool (09 adolescentes). Dentre as menos utilizadas foram citadas drogas estimulantes como anfetaminas e êxtase (dois adolescentes) e alucinógenos, como o LSD (dois adolescentes). Considerando o uso na vida pelos participantes, a grande maioria experimentou quatro drogas ou mais na vida (oito adolescentes), com destaque para três deles que experimentaram seis tipos diferentes de drogas psicoativas (Alexandre, Diego e Julia).

O Quadro 04 apresenta a informações relativas ao primeiro uso de cada substância pelos participantes do estudo. Considerando apenas a primeira substância psicoativa experimentada.

ID	IDADE DO PRIMEIRO USO	DROGA	LOCAL/ CIRCUNSTÂNCIA
Alexandre	12	Bebida alcoólica	Não relatou contexto, mas mencionou que experimentou e não gostou
	13	Derivados de tabaco	Com amigos, iniciou pelo narguile. Cigarro somente depois da maconha.
	13	Maconha	“é que é assim, antes nós ficava fumando narguile, aí teve uma vez que os moleques colocou maconha dentro do/ em vez da essência”
	13	Inalante	“Nas festinhas”
	13	Alucinógeno	“numa rave”
Carlos	12	Bebida alcoólica	“Em casa mesmo (...) com minha vó, com meu vô, aí eu pegava um pouco, pegava a latinha... Aí eu dava um golinho e deixava lá”
	13	Maconha	“nós tava andando de bicicleta aí um amigo fumava, aí ele falou que ia fumar. Aí eu fumei também”
Diego	11	Derivados de tabaco	Não relatou contexto
	12	Maconha	“Eu via todo mundo usando, um monte de gente, na época eu usava porque era moda, não usava porque fazia bem porque não faz bem, então eu na curiosidade, na curiosidade, era menino não saía de casa direito, comecei a escapar de casa, sair, aí eu comecei a conhecer pessoas no meio disso e comecei a me aprofundar quando fumei pela primeira vez”
	13	Bebida alcoólica	Não relatou contexto
	15	Cocaína	“Eu tava andando, aí eu passei na frente de uma... Como se diz... Uma conveniência de um amigo meu e ele me chamou lá dentro, aí ele me chamou, e eu já tinha curiosidade com aquilo, só que lá onde eu morava era muito caro então eu não tinha dinheiro para comprar, aí ele me chamou eu entrei lá dentro, ele falou vem cá, eu fui e usei a cocaína”
	15	Crack	“eu tava na casa de um amigo meu, e eu vi um cara que eu conhecia faz tempo, e ele usava, aí eu vi ele e fiquei quieto porque eu não sei qual ia ser a reação dos outros, aí um dia eu peguei um dinheiro e fui atrás dele, aí eu dei o dinheiro para ele e ele trouxe pra mim, aí nós fumou.”
	15	Anfetamina	Em festa de música eletrônica (rave)
Julia	13	Derivados de tabaco	Não relatou contexto
	13	Bebida alcoólica	Não relatou contexto
	14	Inalante	Estava com uma amiga, deixou de ir à aula na escola, compraram em uma farmácia e usaram.
	15	Maconha	“eu tava numa praça, tinha/ com meus amigos também, quer dizer, meus colegas, né”. Tragavam maconha de dentro de uma garrafa de vinho com o álcool do vinho.

	16	Cocaína	"Primeira vez que eu usei eu tava aqui em casa. Minha irmã também usa. E eu tava... mexendo nas coisas dela... e achei uma cápsula de cocaína. E fui lá no banheiro e usei."
	16	Crack	Teve vontade de experimentar. Pediu a um amigo que fabricava crack.
	16	Anfetamina	Afirmou ter usado rebite mas não precisou o contexto
	17	Sedativo	"eu trabalhava numa casa com umas meninas que tinham problema e descobri que o remédio era pra dormir"
Guilherme	11	Derivados de tabaco	"eu vi sobrando lá. Aí do nada me deu vontade de fumar. Aí eu falei 'ah, vou catar um cigarro e vou fumar! Catei um cigarro e sai pra rua... aí sou viciado então, eu tenho que fumar um cigarro'"
	12	Bebida alcoólica	Festa de aniversário com amigos e primos "ah, vamos tomar só um pouquinho cada um?" "tomei e não gostei"
	13	Maconha	Em uma quadra de futebol "Porque antes eu já gostava. Eu passava aí via os caras fumando e gostava do cheiro primeiro. Então sentia e falava 'nossa! Que cheiro da hora' (...) aí teve um cara que conhecia lá, o cara falou 'quer um trago?'. 'ah, deixa eu ver, deixa eu dar um trago.' Aí dei um trago e gostei"
	13	Inalante	"foi na rua o primeiro. Nós tava tudo na esquina, né. Tinha um parceirinho meu que já... outro moleque que vende lança. Aí esse moleque que vende foi/ encostou la 'e aí? Cês vai pro lança, pá?'. Eu tava com dinheiro, né. Aí nós falou 'não, nós vai no lança!'. Eu nem sabia o que era. Os cara falou "ó neguinho, cê puxa assim ó'(gesto e barulho de aspirar com a boca). Aí foi. Foi na hora que foi usando/ e usa até hoje também"
	13	Alucinógeno	"Primeiro... tinha uma menina lá, né... eu só via os outros falando de doce, dessas drogas assim, doce, bala, mas eu nunca tinha visto. Achava que era até um docinho, né. Aí a menina disse "cê é muito/ mó brisa/ que não sei que tem... qualquer dia nós vai tomar junto, pá". Aí teve um dia que eu catei um... dinheiro, né, aí lembrei do/do moleque que vendia o doce. Aí foi na hora que eu chamei um outro parceirinho meu "vamo lá tomar um doce? Eu pago pra nós tomar". Aí ele falou "demorou!"/ ele já tomava, né. Aí nós tomou.
Eduardo	9	Derivados de tabaco	"com uns amigos... Fumo até hoje. Na época todo mundo pegava da mãe, do pai... Pegava e ia pro mato fumar"
	10	Maconha	"Fumava (cigarro) escondido já e depois que eles (família) ficou sabendo, nem ligava! E aí depois eu comecei a fumar maconha"
	10	Inalante	Na escola
	13	Cocaína	"Tava no rodeio e tinha um cara cheirando e eu disse "deixa eu cheirar essa coisa!"
	17	Bebida alcoólica	Com a família. "Bebida alcoólica eu nunca gostei de beber, sabe? Minha mãe, meu pai, minha irmã, vish, ela bebe pra caralho... Todo dia..."

	17	Crack	“foi quando uma pessoa tava fumando também lá. É as pessoas lá... elas não ficam insistindo, oferece e tal. Eu sabia que era pedra ”
Lucas	10	Maconha	A mãe biológica (usuária de crack) ofereceu a primeira vez. Estava na escola e a genitora o chamou pela fresta do muro
	10	Derivados de tabaco	Fumou cigarro na escola <u>sozinho</u>
	10	Crack	Genitora ofereceu pedras de crack escondidas na maconha
Douglas	13	Derivados de tabaco	Na escola “tinha gente fumando e, tipo, era meio assim, ninguém tinha fumado ainda. Aí um amigo meu chegou com um cigarro e falou ‘ah, vamos fumar! E todos foi! No embalo!’”
	13	Bebida alcoólica	“tomava muita batida (...) bebida doce, vodca, uísque (...). Foi em festa que eu comecei a experimentar”
	14	Maconha	Com uma amiga
	15	Cocaína	“com amigos. Sempre com amigos (...). A primeira vez foi na rua”
	15	Alucinógeno	“numa festa em Sertãozinho”
	16	Sedativo	“eu tomei com mais dois amigos. Eu tomei um rivotril. Inteiro. Cada um tomou um e ficamos lá. A gente tava assistindo um filme”
Luiza	13	Maconha	Começou usando com os amigos do bairro
	13	Derivados de tabaco	Com amigos
	13	Bebida alcoólica	Não relatou
	14	Cocaína	“eu estava em um barzinho aqui perto com uns meninos também”
	15	Crack	Com amigos
	12	Derivados de tabaco	Sozinho, por curiosidade. Mas tinha amigos que fumavam.
	12	Maconha	na escola, “eu fui atrás”
	13	Bebida alcoólica	Durante uma festa, foi para a rua beber.
	14	Inalante	Na praça, com os amigos (pediu pra experimentar)

Quadro 4: Contexto de primeiro uso de cada substância psicoativa

A partir do quadro acima observamos que a média de idade do primeiro uso na vida de derivados de tabaco foi de 11,7 anos; 12,5 anos para a maconha; 12,8 anos para inalantes; 13,1 anos para experimentação de bebida alcoólica; 13,7 anos para alucinógenos; 14,6 anos para cocaína; 14,6 anos para crack; 15,5 anos para anfetaminas e 16,5 anos em média no contexto de primeiro uso de sedativos/hipnóticos.

Os adolescentes participantes do estudo referiram participação intensa dos amigos neste momento de experimentação das diferentes drogas. Entretanto, a participação de familiares na ocasião de primeiro uso também foi relatada pelos sujeitos Carlos, Julia, Guilherme, Eduardo e Lucas. Por fim, quanto aos locais de primeira experimentação, predominaram nos relatos sobre primeiro uso em festas e em espaços abertos como ruas, praças ou quadras.

As questões relativas à experimentação e uso contínuo de drogas nos permitiram comparar quais substâncias experimentadas pelos adolescentes do estudo continuam sendo consumidas regularmente por eles (Quadro 05).

IDENTIFICAÇÃO	TABACO		ALCOOL		MACONHA		COCAÍNA/ CRACK		ANFETAMINA		INALANTE		HIPNÓTICO/ SEDATIVO		ALUCINÓGENO		TOTAL	TOTAL
	UV	UC	UV	UC	UV	UC	UV	UC	UV	UC	UV	UC	UV	UC	UV	UC	UV	UC
Alexandre																	05	01
Carlos																	02	01
Diego																	05	01
Julia																	07	04
Guilherme																	05	02
Eduardo																	05	03
Lucas																	03	00
Douglas																	06	03
Luiza																	04	04
Bruno																	04	01
TOTAL	09	07	09	04	10	06	06	02	02	00	05	00	02	01	03	00	46	20

Quadro 05: substâncias psicoativas de uso contínuo

Legenda:

UV: uso na vida

UC: uso contínuo

UV: uso na vida

D: diariamente ou quase todos os dias

S: semanalmente

Dentre os dados apresentados no quadro acima, destacamos que os derivados do tabaco são a droga mais consumida com regularidade, seguida pela maconha. Esta, por sua vez, de uso semanal enquanto os derivados de tabaco foram mencionados como uso diário. Substâncias como anfetaminas, inalantes e alucinógenas não foram mencionadas pelos adolescentes do estudo como drogas de uso regular. Os sujeitos Julia e Luiza evidenciam-se como as adolescentes que relataram o consumo de maior variedade de drogas regularmente, sendo elas as duas únicas adolescentes do sexo feminino do estudo. E ainda, os adolescentes Alexandre, Carlos, Diego, Lucas e Bruno foram os sujeitos que afirmaram consumir nenhuma ou uma substância com regularidade, apesar da variedade de drogas experimentadas na vida conforme visualizado no Quadro 05.

Conforme já exposto na seção método, o instrumento ASSIST possibilita identificar se a intensidade de uso necessita de alguma intervenção a partir do

escore obtido nas questões propostas. Ressaltamos que o escore é obtido a partir de questões que não incluem apenas o uso regular (diário ou semanal), mas também o uso recente, ou seja, nos últimos três meses (ainda que o sujeito não consume a substância em períodos mais próximos à data da entrevista). Outras questões incluem, ainda, dados sobre período anterior aos três meses. Isso justifica, portanto, porque alguns adolescentes obtiveram escore mediano ou alto ainda que não tenham relatado uso diário ou semanal da substância em questão, sendo estes: Alexandre (maconha), Julia (maconha e inalantes), Eduardo (cocaína) e Douglas (cocaína).

Assim, considerando a pontuação total no instrumento, observamos no Quadro 06 que sete adolescentes (Carlos, Diego, Julia, Guilherme, Eduardo, Douglas e Luiza) foram orientados a respeito de um uso que oferecesse menor risco de acordo com cada substância que tenha pontuado. Ou seja, quatro sujeitos foram orientados a respeito do uso de tabaco, dois pelo consumo de bebida alcoólica, três pelo uso de maconha, dois pela cocaína, um pelo uso de inalantes e um pelo uso de sedativos. As orientações referiam-se à reflexão sobre as circunstâncias de uso que pudessem auxiliá-los a considerar a redução ou consumo que oferecesse menor risco (contextos de uso, motivos, conduta, dentre outros).

Somado a isso, seis adolescentes (Alexandre, Julia, Guilherme, Douglas, Luiza e Bruno) além de também serem orientados sobre o uso intenso da substância pontuada, foram estimulados a retomar os atendimentos no serviço ambulatorial especializado enquanto suporte e estratégia para lidar com o uso problemático das referidas substâncias: três deles por decorrência do uso de tabaco, um pelo consumo de álcool, quatro pelo uso de maconha e dois pelo uso de cocaína.

IDENTIFICAÇÃO	TABACO	ÁLCOOL	MACONHA	COCAÍNA	ANFETAMINA	INALANTE	HIPNÓTICO/ SEDATIVO	ALUCINOGENO	PONTUAÇÃO ASSIST
Alexandre	3		3						02 encaminhamentos
Carlos			2						01 orientação
Diego	2								01 orientação
Julia	3	3	2	3		2	2		03 encaminhamentos 03 orientações
Guilherme	2		3						01 encaminhamento 01 orientação
Eduardo	2	2	2	2					04 orientações
Lucas									--
Douglas	3	2	3	2					02 encaminhamentos 02 orientações
Luiza	2		2	3					01 encaminhamento 01 orientação
Bruno			3						01 encaminhamento
TOTAL	2 = 04 3 = 03	2 = 02 3 = 01	2 = 04 3 = 04	2 = 02 3 = 02		2 = 01	2 = 01		

Quadro 06: Resultados do ASSIST

Legenda:

2 Receber intervenção breve

3 Encaminhamento para tratamento mais intensivo

6.4 REDES DE APOIO

6.4.1 Características estruturais das redes

Conforme detalhado anteriormente, as redes de apoio foram construídas pelos adolescentes a partir do Diagrama de Escolta do apoio social (Anexo C). As figuras apresentadas abaixo ilustram as representações das redes de apoio dos adolescentes conforme proposto pelo Diagrama da Escolta. A Figura 03 representa o recurso original utilizado com os participantes. Para melhor visualização, novos Diagramas foram elaborados a partir da versão original feita pelo adolescente, ou seja, respeitando-se a o posicionamento dos integrantes das redes. Os diagramas dos 10 adolescentes do estudo encontram-se dispostos no Apêndice 01.

Figura 03: Diagrama da Escolta elaborado por ALEXANDRE.

Figura 04: Representação do Diagrama da Escolta de ALEXANDRE.

O tamanho das redes citadas variou entre cinco e 22 integrantes, com média de 12 integrantes por rede (e total de 120 pessoas mencionadas). A distribuição por nível de proximidade (círculos do diagrama) das pessoas citadas foi de 41 pessoas mencionadas no círculo mais interno, 42 no círculo intermediário e, por fim, 37 que foram compuseram o círculo mais externo do Diagrama da Escolta. Ademais, quanto à média de pessoas citadas por cada participante de acordo com o nível de proximidade, nos círculos interno e intermediário foi composto em média por quatro integrantes e no círculo externo, média de três pessoas citadas. O Quadro 07 abaixo apresenta distribuição de integrantes (tamanho das redes) por participante:

	Círculo interno	Círculo intermediário	Círculo externo	Total
Alexandre	03	03	02	08
Carlos	02	01	02	05
Diego	02	12	08	22
Julia	07	04	09	20
Guilherme	04	03	04	11
Eduardo	03	05	06	14
Lucas	10	05	00	15
Douglas	04	05	05	14
Luiza	04	01	00	05
Bruno	02	03	01	06
TOTAL	41	42	37	120
Média	04	04	03	12

Quadro 07: distribuição dos integrantes por nível de proximidade.

Do total de integrantes, 63 eram do sexo feminino (52,50%), 52 do sexo masculino (43,33%) e cinco (4,20%) não puderam ser classificados quanto ao sexo por representarem grupos específicos detalhados pelos participantes: os colegas de grupo de apoio mútuo, o grupo de apoio enquanto uma “*irmandade*” (*sic*) (a instituição) e três casas de parentes (tias). Quando analisados os tipos de relação entre o adolescente e os membros de suas redes, encontramos quantidades semelhantes de relações familiares nucleares e extensas. Assim, 25% dos integrantes pertenciam à família nuclear dos adolescentes (genitores, padrastos ou pais adotivos, cônjuges, irmãos/ irmãs e filhos/filhas), 45% compunham a família extensa dos adolescentes (tios/ tias, primos/ primas, sobrinhos/sobrinhas, cunhados, avós/avôs/bisavós, madrinhas/ padrinhos) e, por fim, 30% dos citados pertenciam ao grupo de relações não consanguíneas (amigos/ amigas, parceiros/ parceiras íntimos, vizinhos/ vizinhas, colegas de trabalho, colegas de grupo de apoio mútuo). Destacamos também que foram citados apenas nove amigos/amigas e cinco

parceiros/parceiras afetivos. Por fim, dentre os 10 adolescentes entrevistados, oito relataram a presença de usuários de drogas lícitas e ilícitas em sua rede de apoio.

Conforme propõe o Modelo de Escolta do Apoio Social, quando consideradas apenas as 10 primeiras pessoas citadas por cada adolescente (total de 84 integrantes a serem considerados na análise a seguir), 47 delas eram do sexo feminino (55,9%). Suas idades variaram de um a 73 anos, com média de 32,82 anos e distribuição por faixa de idade representada no Quadro 08 abaixo:

Faixa de idade	Quantidade de pessoas	% da rede significativa
00 a 10 anos	08 membros	9,52
11 a 20 anos	21 membros	25,00
21 a 30 anos	11 membros	13,09
31 a 40 anos	14 membros	16,67
41 a 50 anos	11 membros	13,09
51 a 60 anos	14 membros	16,67
61 anos ou mais	05 membros	5,95
TOTAL	84 membros	100%

Quadro 08: distribuição dos membros das redes significativas de acordo com faixa etária. 2013.

As diferentes variáveis foram analisadas levando-se em conta os níveis de proximidade propostos pelo modelo e ilustrado a seguir no Gráfico 01:

Gráfico 01: Distribuição por níveis de proximidade.

Assim, temos:

Círculo interno: composto por 41 integrantes, sendo 65,6% destes do sexo feminino (27 integrantes), com faixa etária predominante de 11-20 anos (19,5%), seguida por 0-10 anos (17,1%) e 41-50 anos (14,6%), e média de 31,2 anos. Quanto ao tipo de vínculo, 20 sujeitos (48,8%) pertenciam à família nuclear dos participantes, 11 compunham a família extensa (26,8%) e quatro eram indivíduos sem relação de consanguinidade (9,7%). Quando analisada a distância entre as residências dos integrantes das redes e os adolescentes do estudo, encontramos que 24 integrantes residem na mesma casa que os participantes (58,5%), um reside no mesmo bairro (2,4%), 11 residem em bairros diferentes, porém na mesma cidade (26,8%), dois residem em cidades diferentes (4,8%), dois em estados diferentes (4,8%) e um em outro país (2,4%). Por fim, considerando a frequência de contato pessoal entre os adolescentes e os integrantes das redes, encontramos: contato pessoal diária (63,4%), ao menos uma vez por semana (12,2%), uma ou poucas vezes por mês (7,3%), uma ou poucas vezes por ano (12,2%) e menos de um contato pessoal por ano (4,9%). E mais, três adolescentes relataram que o contato por telefone ocorre com maior frequência do que o contato pessoal, exemplificado pela adolescente Julia que mencionou que há mais de quatro anos não vê a irmã que reside na Itália, porém mantém contato telefônico semanal com a mesma.

Círculo intermediário: composto por 32 integrantes, majoritariamente do sexo masculino (59,4%), com faixa etária predominante entre 11-20 anos (34,4%), seguida por 31-40 anos (21,9%) e 41-50 anos (15,6%). Quanto ao vínculo, 12 não possuíam consanguinidade com os participantes (37,5%), 11 eram parte da família nuclear (34,4%) e os demais (28,1%), composto pela família extensa dos participantes. A proximidade entre as residências dos adolescentes e os integrantes

de suas redes variou entre residir no mesmo local (21,9%), mesmo bairro (15,6%), mesma cidade (34,4%), mesmo estado (18,8%), estado diferente (6,2%) ou mesmo em outro país (3,1%) A frequência de contato pessoal entre participantes e membros de suas redes variou entre diária (37,5%), semanal (18,7%), mensal (18,7%), anual (18,7%) e contato pessoal menos de uma vez ao ano (3,1%). Da mesma forma que no círculo interno, foram feitas cinco referências a mais contatos via telefone ou internet (dois contatos mensais e três semanais) do que contato pessoal.

Círculo externo: dentre os 11 integrantes que compõem este nível, sete eram do sexo feminino (63,6%). A faixa etária que predominou encontrava-se entre 51-60 anos (36,4%), seguido por 21-30 anos, 31-40 anos e 61-70 anos, todos representando 18,2% dos integrantes citados no círculo externo. Quanto ao tipo de relação, cinco membros da rede eram relações não consanguíneas (45,4%), quatro eram parte da família extensa (36,4%) e dois eram membros da família nuclear dos participantes (18,2%). A localização das residências variou entre mesma casa (9,1%), mesmo bairro (9,1%) e mesma cidade (81,8%). Por fim, a frequência de contato pessoal entre integrantes citados no círculo externo e os participantes do estudo variou entre contato diário (18,2%), semanal (36,4%), mensal (9,1%) e anual (36,4%).

6.4.2. Características funcionais das redes

Quanto aos aspectos funcionais, ou seja, aqueles relacionados à qualidade e direção do suporte, serão destacados a seguir os tipos de apoio ofertado e recebido, conforme proposto pelo modelo adotado. Para tal, recordamos que foi considerado

na análise apenas o total de 84 integrantes que compõem as redes significativas dos sujeitos. Assim, foi possível apreender quanto ao apoio recebido pelos participantes:

Confidenciar coisas que são importantes: dentre os 10 adolescentes entrevistados, nove relataram ter a quem confidenciar segredos, totalizando 24 menções deste apoio recebido. A distribuição de apoio recebido pelo adolescente por nível de proximidade foi de 16 menções no círculo interno, seis no círculo intermediário e duas menções no círculo externo. O sexo predominante dos integrantes de quem os adolescentes relataram receber tal apoio foi feminino (60%). A média de idade dos integrantes que ofertaram tal apoio foi de 33,4 anos, com faixa etária predominante de 11 a 20 anos (45,83%). Quanto à frequência de contato, 56% das menções de apoio recebido mantêm contato diário com os participantes e 40% residem na mesma casa que os adolescentes. O recebimento ou não recebimento deste apoio pode ser ilustrado a partir das falas a seguir:

“tem coisas que ela (esposa) sabe, que eu conto pra ela, porque é diferente eu chegar pra minha mãe e falar pra ela as coisas que eu já fiz ou coisas que eu guardo, e falar pra ela. Ela (mãe) não vai saber compreender.” (Diego)

“é que eu não gosto muito da minha mãe, não. É que ela não gosta de conversar, não.” (Alexandre)

Ser tranquilizado e estimulado em momentos de incerteza: este apoio foi percebido por nove adolescentes que relataram o total de 21 menções de apoio recebido. 15 participantes citados como fontes deste apoio foram alocados no primeiro nível de proximidade, cinco no segundo e um no terceiro nível. Quanto ao sexo, 62% das menções eram do sexo feminino. A média de idade foi de 32,4 anos, sendo a faixa etária predominante de 11 a 20 anos (33,33%); 66,7% das menções de apoio mantêm contato pessoal diário e 52,4% reside junto ao adolescente. Os

trechos extraídos das falas a seguir ilustram o recebimento ou não recebimento deste apoio:

“conseguir ela [mãe] consegue [conversar quando está triste]. Mas eu não dou atenção, não. Melhor minha [bisa]vó que ela.” (Alexandre)

“o G. [sobrinho de um ano e três meses], ele me tranquiliza e me estimula.”
(Julia)

“[ser tranquilizado] assim, numa conversa que você ta falando? Ah, não dá pra falar assim, igual eu falei, ninguém nunca conversou essas coisas. Quem conversava comigo era minha mãe. Era só minha mãe que conversava comigo.”
(Eduardo)

“ai, é porque a minha avó e a minha mãe não conversam [...] meu pai que é assim, eu converso mais com ele do que com elas [mãe e avó].” (Luiza)

Ser respeitado: foi o apoio recebido mais percebido pelos 10 participantes do estudo, em um total de 49 menções. Os adolescentes v e Douglas relataram ser respeitados por todos os integrantes de suas redes significativas. A distribuição por nível de proximidade foi 26 menções no primeiro nível, 20 no nível intermediário e três no terceiro nível (círculo externo). Quantos às características dos integrantes citados, 53% (26) das menções eram do sexo feminino, média de idade dos que ofertaram tal apoio foi de 34,5 anos e faixa etária predominante de 11 a 20 anos (24,48%); 40,1% (20 integrantes) que mantêm contato pessoal diário, entretanto merece destaque os 26,3% (13) de menções aos integrantes das redes que mantêm contato pessoal com os adolescentes uma ou poucas vezes ao ano. Por fim, 37,7% (18) dos citados para este apoio residiam em bairros distantes ao adolescente e 32,6% (16) na mesma casa que o adolescente.

“aí fica difícil, viu! Ninguém me respeita, né! A P. [prima], ela me respeita. A A. [prima] não me respeita e nem a Al. Minha mãe também não. O P. [namorado], piorou. O I. [irmão], a P. [prima] e o G. [sobrinho] respeitam. A tia D me respeita.”
(Julia)

Ser cuidado em situação de doença: apoio recebido percebido pelos 10 adolescentes do estudo, em um total de 31 menções de apoio. A distribuição por nível de proximidade foi de 26 menções no círculo interno, quatro menções no círculo intermediário de uma menção no círculo externo. Quanto às características predominantes, 67,7% (21) eram do sexo feminino, a média de idade dos que integrantes que ofertaram tal apoio foi de 41,9 anos e faixa etária predominante de 51 a 60 anos (25,80%), seguido por 41 a 50 anos (22,58%). 58% (18) das menções do apoio recebido pelos adolescentes foram ofertados por pessoas cujo contato pessoal se dá diariamente; 48% (15) por pessoas residentes na mesma casa que o adolescente e 38,7% (12) por pessoas residentes em bairros distantes, porém na mesma cidade que o adolescente. As falas a seguir ilustram o recebimento ou não recebimento deste apoio:

“P. (namorado) é bem cuidadoso, quando eu to perto dele, né. Quando eu to longe ele não ta nem aí!” (Julia).

“Se precisar (o cunhado ajuda)... Mas tenho que estar muito ruim pra pedir ajuda pra ir no médico, sabe? Fora isso aí, eu aguento dor, eu nunca fui moleque, assim, mole, sabe?” (Eduardo)

Conversar quando está triste, nervoso ou deprimido: oito adolescentes afirmaram receber tal apoio, em um total de 26 menções de apoio. A distribuição por nível de proximidade foi de 17 menções no primeiro nível, sete no segundo e dois no terceiro nível de proximidade. 65,4% (17) dos ofertantes deste apoio eram do sexo

feminino, sendo a média de idade de 35,5 anos e predominantemente integrantes com idade entre 11 e 20 anos (34,6%). A frequência de contato pessoal que predominou foi diária (53,8%). Por fim, 46,1% (12) dos integrantes fontes de tal apoio residiam em bairros distantes, porém na mesma cidade que os adolescentes, em contrapartida, 34,6% (nove) residiam junto ao adolescente.

“Quando ela me bate a primeira coisa que me dá vontade é sair la fora e fumar um baseado com os moleques, vai o dia inteiro! Até dar overdose! (...) Ela [bisavó] conversa comigo e eu vou me acalmando” (Alexandre)

“quando eu to nervoso, tipo assim, quando eu tenho alguma coisa pra falar ‘ah! Briguei com a F. [irmã com quem mora] e aconteceu isso ou aquilo’, pode até ser estranho [...] aconteceu qualquer coisa, sabe, é o Sr. A. aqui, meu vizinho, sabe? Ele pára, ‘nós conversa’ assim. Ele me entende, ta ligado? Mesmo ele sendo vizinho, eu converso com ele de um jeito como se ele fosse meu pai.” (Eduardo)

Quanto a não mencionar nenhuma referência deste apoio, Carlos afirma *“ah! Nem fico triste direito... porque não tem motivo”*. Quando questionado sobre o que faz quando há algum motivo, a resposta foi *“eu fico quieto”* (Carlos).

Conversar sobre a própria saúde: nove adolescentes relataram ter com quem conversar sobre a própria saúde, incluindo a questão do uso de drogas, totalizando 20 menções de apoio recebido. 15 menções foram alocadas no círculo interno, cinco no círculo intermediário e nenhuma no círculo mais externo. 75% das menções de apoio eram do sexo feminino (15) e a média de idade foi de 33,9 anos (com faixa etária predominante de 11 a 20 41,17%). Dentre os integrantes citados, 60% mantêm contato pessoal diário com os adolescentes e 45% (nove) residem junto ao participante.

“não contei pra ele [tio] não porque se eu contar ele vai ficar muito bravo”
(Alexandre).

“porque ela sabe conversar, né, ah, quando eu fumo um cigarro assim... ela fala pra mim parar, né, enquanto é cedo” (Alexandre)

Conforme proposto pelo modelo, os adolescentes do estudo também foram questionados quanto ao apoio ofertado por eles, isto é, quais os diferentes tipos de apoio fornecidos pelos adolescentes aos integrantes de suas redes:

Ser confidente de coisas que são importantes: este tipo de apoio foi ofertado por nove participantes, em um total de 25 menções. A distribuição de integrantes referidos pelos adolescentes por nível de proximidade foi de 18 no círculo interno, seis no intermediário e um no círculo externo. O sexo predominante foi feminino (60%) e a média de idade de 28,7 anos, com predominância de idade entre os 11 e 20 anos (45,83%). A frequência de contato pessoal entre os adolescentes e as pessoas às quais ofertam tal apoio foi predominantemente diária (56%), sendo que 40% (10) residiam com o adolescente. Os trechos a seguir ilustram a oferta deste apoio:

“Se eu fosse falar também, eu ia falar pro R. (primo). Que tem coisa que ele falou pra mim, que eu não falo pra ninguém”. (Eduardo)

Tranquilizar e estimular em momentos de incerteza: foram feitas 15 menções por 05 adolescentes (dentre os 10 participantes do estudo) que ofertam tal apoio aos integrantes de suas redes. A distribuição por nível de proximidade foi de 13 no primeiro círculo (interno), três no círculo intermediário e nenhuma menção foi feita aos integrantes no terceiro círculo. O sexo predominante foi feminino (73,3%) e a média de idade foi de 26,7 anos, sendo 24,48% dos citados entre os 11 e 20 anos

de idade. Foram feitas nove menções relativas a integrantes que mantinham contato diário com os adolescentes (60%) e oito que residiam junto aos mesmos (53,3%).

“porque quando ela chega, né, ela faz comida, faz um monte de coisa. Aí quando ela não ta boa, ela chega e deita. Aí eu vou lá e pergunto o que ela tem.”

(Alexandre)

“ah, minha irmã. Quando ela ‘assim’ eu já noto o jeito dela, sabe? Pela feição dela.” (Eduardo)

Respeitar: os 10 participantes relataram ofertar tal apoio, totalizando 62 menções de apoio ofertado. A distribuição por nível de proximidade foi de 32 no círculo interno, 24 no intermediário e seis no círculo externo. O sexo predominante foi o feminino (58%) e a média de idade foi de 33,7 anos, sendo 24,19% entre os 11 e 20 anos, seguido por 17,74% entre 41 e 50 anos de idade. A frequência de contato pessoal entre adolescentes e integrantes para os quais o referido apoio foi ofertado foi 41,9% de contato diário, com destaque para 16 menções a contato entre uma ou poucas vezes ao ano (25,8%). Por fim, destacam-se os 38,7% dos integrantes citados que residiam em bairros distantes, porém na mesma cidade (24), comparados aos 32,2% que residentes na mesma casa que os adolescentes (20).

“Eu também respeito pra ser respeitado”. (Eduardo)

“minha tia D. eu respeito bastante, viu.” (Julia)

Cuidar em situação de doença: foram feitas 46 menções de apoio ofertado pelos 10 adolescentes do estudo. A distribuição por nível de proximidade foi de 24 menções no círculo interno, 14 no intermediário e 08 no círculo externo. Foram feitas 29 menções (63%) a ofertar o referido apoio para pessoas do sexo feminino e média de idade de 35,1 anos, sendo a faixa etária predominante de 41 a 50 anos (19,56%), seguido por 51 a 60 anos (17,39%). A frequência de contato pessoal diária (60,8%)

e, por fim, 24 dentre as 46 menções deste apoio ofertado (52,7%) residiam junto aos adolescentes:

“cuidaria (do namorado) mesmo estando longe, porque eu fico preocupada. Eu ligo, pergunto, e se ele estiver ruim eu vou lá. Agora, ele, não faz isso mesmo por mim! [...] Ele só liga e se preocupa, mas vir me ajudar, não vem” (Julia)

“ah, se tiver precisando, todos eles, né, se precisar de mim...” (Guilherme).

Conversar quando está triste, nervoso ou deprimido: seis participantes afirmaram ofertar tal apoio, totalizando 14 menções. Os integrantes citados foram distribuídos nos níveis de proximidade interno (sete integrantes), intermediário (seis) e externo (um). O sexo predominante foi feminino (71,4%) e a média de idade de 30,9 anos, com idade principalmente entre os 11 e 20 anos (50%). Dentre os mencionados pelos adolescentes, 64,3% mantêm contato diário com estes e 42,8% residem junto ao adolescente e a mesma proporção (42,8%) residentes em bairros distantes, porém na mesma cidade que os participantes ofertantes do apoio.

“quando ele [pai] fica bravo com a minha avó, assim, ele não gosta de ficar falando com ela. Aí ele vai lá, chega e fala ‘ish! Hoje briguei com a minha mãe. Hoje to bravo!’.” (Alexandre).

Conversar sobre a saúde: sete adolescentes dentre os 10 do estudo afirmaram ofertar este tipo de apoio, em um total de 17 menções. A distribuição por nível de proximidade foi de nove menções a integrantes alocados no círculo interno, sete menções no círculo intermediário e um feita a integrante do círculo externo. O sexo predominante foi o feminino (70,6%), a média de idade de 28,4 anos e idade principalmente entre os 11 e 20 anos (41,17%). A frequência de contato predominante entre os adolescentes e os integrantes de suas redes para os quais ofertam o referido apoio foi diária (53%), e, por fim, as menções referiram-se

principalmente a integrantes residentes em bairros distantes, porém na mesma cidade do adolescente (59%).

“meu tio fala direto. A mãe dele dá câimbra...” (Eduardo)

Os gráficos a seguir dispõem sobre os diferentes tipos de apoio recebidos/ofertados relacionando-os ao tipo de vínculo entre integrantes das redes e os adolescentes participantes. Os integrantes das redes foram classificados de acordo com três categorias para melhor compreensão: 1) Família nuclear: refere-se aos membros mães e pais (biológicos ou adotivos), irmãs/irmãos, filhas/filhos ou cônjuges. 2) Família extensa: composta pelos membros avós/avôs, tias/tios, primas/primos, sobrinhas/sobrinhos, cunhados, madrinhas/padrinhos. E finalmente, 3) Relações não consanguíneas: categoria à qual pertencem amigas/ amigos, parceiras e parceiros afetivos, vizinhas/ vizinhos e demais pessoas citadas sem laços de parentesco com os participantes.

Gráfico 02: Tipos de apoio e família nuclear

É possível observar que nos apoios “ser tranquilizado”, “conversar quando esta triste” e “conversar sobre a própria saúde” os adolescentes do estudo fizeram mais menções a recebimento de tais apoios em detrimento da oferta aos membros

da família nuclear. Em contrapartida, relataram maior oferta de apoio em relação ao recebimento para os apoios “respeitar” e “cuidar em situação de doença”. Destaca-se o apoio “confidenciar coisas importantes” que, a partir da percepção dos participantes, se apresentou enquanto valores iguais nas menções de oferta e recebimento de apoio entre os adolescentes e seu núcleo familiar.

Gráfico 03: Tipos de apoio e família extensa

Para os participantes do estudo, a família extensa se apresenta enquanto fonte de apoio para confidenciar coisas importantes (apoio 01), tranquilizá-los e estimulá-los (apoio 02) e conversar quando tristes (apoio 05). Semelhante ao que ocorre com a família nuclear, os participantes oferecem aos membros da extensa respeito e o cuidado em situação de doença (apoios 03 e 04 respectivamente). E por fim, valores iguais quanto às menções de oferta e recebimento se deram na conversa sobre a própria saúde (apoio 06), incluindo questões sobre o uso de drogas.

Gráfico 04: Tipos de Apoio e Relações não Consanguíneas

Para as relações não consanguíneas, os adolescentes do estudo relataram, de modo geral, maior recebimento de apoio do que oferta deste, conforme se observa nos apoios 02 (ser tranquilizado e estimulado), 03 (ser respeitado), 05 (conversar quando triste) e 06 (conversar sobre a própria saúde). Os apoios 01 (ser confidenciado de coisas importantes) e 04 (cuidar em situação de doença), por sua vez, foram citados como os tipos de apoios mais ofertados às relações não consanguíneas do que recebido por estas.

Para fins de ilustração, o gráfico abaixo indica a comparação entre a oferta e recebimento dos seis apoios analisados de acordo com os três tipos de vínculos descritos acima, as saber: família nuclear, família extensa e relações não consanguíneas.

Apoios recebidos:

Gráfico 05: Comparação entre tipos de apoio recebido.

Observa-se que os maiores valores de apoio recebido referem-se à família extensa para contar segredos (apoio 01) e ser tranquilizado (apoio 02); família nuclear para sentir-se respeitado (apoio 03), ser cuidado quando doente (apoio 04) e conversar sobre a saúde (apoio 06) e as relações não consanguíneas como fonte de apoio para conversar quando triste (apoio 05). Merece destaque as poucas menções indicadas no gráfico como pouca percepção do apoio 05 (conversar quando triste) por parte da família nuclear e apoio 04 (ser cuidado quando doente) por parte das relações não consanguíneas.

Quanto aos apoios ofertados relacionados ao tipo de vínculo dos adolescentes com os integrantes de suas redes, temos:

Gráfico 06: Comparação entre tipos de apoio recebido.

Diante do exposto acima observamos que os adolescentes do estudo relataram que membros de sua família nuclear e de relações não consanguíneas os consideram fontes de apoio para confidenciar coisas importantes (apoio 01). Segundo os participantes, foram baixos os valores a respeito de integrantes que contam com os adolescentes para ser tranquilizados ou estimulados (apoio 02). Em contrapartida, os dados indicam mais menções sobre a oferta dos apoios 03 (respeitar), 04 (cuidar em situação de doença), 05 (conversar quando triste) e 06 (conversar sobre a própria saúde) direcionados à família nuclear. Destacamos os valores baixos referentes à oferta do apoio 05 direcionado à família extensa.

De modo geral, os adolescentes do estudo referiram ofertar mais apoios às suas relações (185 menções de ofertas, destinadas a 77 dentre os 84 integrantes) em detrimento do recebimento de apoio (171 menções oriundas de 65 dentre os 84 integrantes de sua rede significativa). Os membros que mais ofertaram apoio aos adolescentes foram as irmãs (29 menções), mães (23) e avós (17), já dentre os que

receberam apoio do adolescente destacam-se mães (27 menções), avós (menções) e irmãs (22 menções).

Por fim, serão descritas as relações de troca de apoio entre os adolescentes do estudo e os membros integrantes de suas redes. Para tanto, consideramos a compreensão de “trocas” nos casos em que foram mencionados pelos participantes tanto oferta quanto recebimento do mesmo tipo de apoio a respeito do mesmo integrante. Assim, foram destacadas as relações de troca de apoio de acordo com o tipo de apoio, considerando cada sujeito, individualmente.

A partir dos relatos dos adolescentes, destacamos a seguir as menções de troca de apoio em ordem decrescente, ou seja, do mais citado ao menos citado: encontramos que os 10 participantes mencionaram troca do apoio 03 (ser respeitado) em um total de 46 menções; oito adolescentes relataram de troca do apoio 04 (ser cuidado quando doente) totalizando 18 menções; sete adolescentes relataram troca do apoio 01 (confidenciar coisas importantes) em um total de 17 menções; cinco participantes citaram a troca do apoio 06 (conversar sobre a própria saúde) totalizando 11 menções; quatro dentre os 10 participantes do estudo relataram troca do apoio 05 (conversar quando triste) em um total de 10 menções e, por fim, três adolescentes em um total de 08 menções relataram a troca do apoio 02 (ser tranquilizado).

Quando analisados individualmente, temos que:

- Alexandre relatou 10 menções de trocas distribuídas nos apoios 01, 02, 03, 04 e 05;
- Carlos: três menções de trocas distribuídas nos apoios 03 e 04;
- Diego: 15 menções de trocas distribuídas nos 06 tipos de apoio;
- Julia: 22 menções de trocas distribuídas nos apoios 01, 02, 03, 04 e 06;

- Guilherme: sete menções de trocas distribuídas nos apoios 01, 03, 04 e 06;
- Eduardo: 15 menções de trocas distribuídas nos apoios 03, 04 e 06;
- Lucas: oito menções de trocas distribuídas nos apoios 01, 03 e 05;
- Douglas: 24 menções de trocas distribuídas nos apoios 01, 03 e 05;
- Luiza: quatro menções de trocas distribuídas nos apoios 01 e 03;
- Bruno: três menções de trocas distribuídas nos apoios 03 e 04.

Para concluir, destacamos que dentre os 84 integrantes das redes significativas, cinco não foram mencionados uma única vez sobre recebimento ou oferta de apoio. Tais integrantes compunham as redes de Alexandre (irmão), Carlos (mãe e pai biológicos) e Lucas (irmão e amiga de escola). Suas características são: três eram do sexo masculino, faixa etária entre 10 e 35 anos, quatro deles membros da família nuclear, três residentes na mesma cidade, em cidade diferente (um) e em país diferente (um) e frequência de contato pessoal que variou de semanal a anual. Quanto ao nível de proximidade, dois integrantes foram citados no círculo interno, dois citados no círculo intermediário e um citado no círculo mais externo.

Discussão

7. DISCUSSÃO

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Dados da Organização das Nações Unidas mostram as regiões com melhores desenvolvimentos são a região sul e sudeste, embora se tenha observado diminuição nas disparidades entre as demais regiões e a região nordeste entre a década de 1990 e 2000. Contudo, as regiões do sul, sudeste e centro-oeste não contém nenhuma cidade com índice de muito baixo desenvolvimento humano (WHO, 2013).

Apesar disso, os dados sociodemográficos recentes apontam para os índices de desigualdade social brasileiro, segundo os quais a má distribuição de renda é considerada um dos principais problemas, ou seja, uma parcela pequena da população (10%) concentra uma parte considerável da renda nacional (42,7%), enquanto 50% dentre os mais pobres acumulam 17,6% desta renda. Somado à menor concentração de renda, as pessoas pertencentes a classes econômicas mais baixas apresentam ainda menores índices de qualidade de vida, de acesso a ensino de qualidade, de níveis de escolaridade, de qualificação profissional e, como consequência destes fatores, a perpetuação do ciclo de disparidade social.

Sobre os usuários dos serviços de saúde, SOUZA et al (2011) destacam que, apesar do caráter de universalidade do Sistema Único de Saúde, é sabido que os usuários que chegam aos serviços de atenção psicossocial encontram-se em situação de vulnerabilidade social, seja por questões de desemprego, por pertencerem a classes econômicas baixas, residir em regiões vulneráveis por

ausência de recursos básicos (como saneamento, equipamentos de saúde, educação) ou altos índices de violência, por exemplo.

A partir disto, compreende-se que alguns dos adolescentes do estudo, seja pelos locais de moradia ou pela classificação econômica delimitada pelo CCEB, são pertencentes caracterizados como grupo em vulnerabilidade social. Ressaltamos, contudo, que tais dados relacionados a condições socioeconômicas não são determinantes para comportamentos de risco, mas sim uma convocação ao olhar ampliado para o fortalecimento dos vínculos saudáveis e das estratégias de enfrentamento destes adolescentes.

Dentre os 10 adolescentes do estudo, sete referiram residir com famílias recompostas com presença de padrastos, “meios irmãos”, avós, bisavó, tios, sobrinhos e cunhados. Além disso, dois adolescentes relataram recasamentos de seus pais e conseqüentemente a inserção de novos membros à rede familiar (padrastos e “meios irmãos”). Para fins de contextualização, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (2000) referem que 70% das crianças residem com ambos os pais e 30% apenas com a mãe. Já um estudo desenvolvido entre escolares de suas cidades do Estado de São Paulo identificou que a composição das famílias foi de: 62,8% dos adolescentes residindo com pai e mãe, 22,6% apenas com a mãe, 2,2% apenas com o pai, 1,1% com outros familiares e 0,2% que residiam em instituições (MALBERGIER; CARDOSO, AMARAL, 2012), não tendo sido identificado associação estatística entre a composição familiar e uso de drogas.

Sarti (2010) afirma que as mudanças nas características e composição das famílias com seus laços “esgarçados” (p.21) tem dificultado a definição de suas delimitações. Com isso, apreende-se que delimitar quem faz parte da composição familiar não está meramente relacionado aos laços de consanguinidade e modelo

outrora restrito a pais e filhos, hoje comporta uma variedade de membros e novos integrantes, sejam eles frutos de recasamentos, de adequação às crises financeiras (compartilhamento de espaço para contenção de gastos), necessidade de auxílio no cuidado aos filhos pequenos, dentre outros aspectos que demonstram tal elasticidade que caracteriza a composição familiar na atualidade (SARTI, 2010; FONSECA, 2007).

Assim, faz-se necessária certa flexibilidade a fim de que se compreenda o sentido amplo de família, flexibilidade esta que exige a desconstrução de concepções que delimitam o “adequado” ou “estruturado”, dando margem à compreensão de família enquanto uma delimitação simbólica com características, cultura e discurso apropriados por seus membros (SARTI, 2010). Deste modo, família pode ser concebida não mais como um núcleo e sim enquanto uma rede composta por membros articulados entre si, em constante “arranjo”, considerando-se então, pertencentes a esta rede não aqueles definidos por laços consanguíneos (parentes) e sim, aos que mantêm compromisso com as *obrigações* com grupo familiar, ou seja, *com quem se pode contar* (SARTI, 2010).

As variações quanto à composição da família, então, exigem que o grupo familiar se reorganize constantemente para lidar com as demandas cotidianas. No presente estudo, nota-se que a ausência da figura materna por questões de trabalho (Alexandre e Douglas), falecimento (Eduardo) ou, como no caso dos adolescentes Carlos e Lucas, por questões relacionadas a instabilidades pessoais ocasionadas pelo uso abusivo de drogas, demandou estes novos arranjos familiares nos quais avós, bisavó, mãe adotiva e irmã mais velha assumiram esta lacuna na família e para os adolescentes. Sobre isso, a literatura discorre que:

a sobrevivência dos grupos domésticos das mulheres 'chefes de família' é possibilitada pela mobilização cotidiana de uma rede familiar que ultrapassa os limites da casa. [...] os papéis femininos, na impossibilidade de serem exercidos pela *mãe – esposa - dona de casa*, são igualmente transferidos para outras mulheres, de fora ou de dentro da unidade doméstica (SARTI, 2010, p.31).

No entanto, Fonseca ressalta que a ausência da figura materna pode ser concebida por diferentes olhares conforme questões econômicas, pois, enquanto a dinâmica familiar da mulher que trabalha fora graças à presença de uma empregada que a auxilia em casa com os filhos é valorizada, a dinâmica familiar da empregada que trabalha, porém não tem auxílio com seus filhos em casa é tida muitas vezes como relação “desestruturada” por sua falta de recursos para manter os filhos sob cuidados.

Sobre os dados de escolaridade, a literatura é clara quanto à associação entre baixo rendimento escolar/ evasão e uso de drogas (BAHLS, INGERMANN, 2005). Conforme descrito anteriormente, dentre os 10 entrevistados, apenas seis estudavam e três estavam em séries correspondentes às suas idades. Complementarmente, o estudo de Malbergier e colaboradores (2012) identificaram associação estatisticamente significativa entre adolescentes repetentes e uso de drogas, tendo encontrado que meninos que repetiram o ano letivo apresentaram quase o dobro de probabilidade de consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Contudo, tal relação não foi observada entre adolescentes do sexo feminino. Além disso, foi encontrado índices maiores de repetência escolar entre meninos em relação às meninas (MALBERGIER; CARDOSO, AMARAL, 2012) e entre usuários de drogas quando comparados a não usuários (BAHLS; INGBERMANN, 2005).

Segundo dados oficiais dos anos 2000, a conclusão do ensino fundamental entre adolescentes de 7 a 14 anos foi de 67,6%, sendo que em 2010 a taxa de alfabetização entre adolescentes da faixa de 15 a 24 anos se mostrou em torno de 98,9%. A mesma fonte relata que a taxa de disparidade idade-série foi se elevando à

medida que os níveis de ensino aumentavam, sendo observado que 9,1% dos alunos de Ensino Fundamental não se encontram na idade adequada e que, por fim, resulta numa taxa de 18,1% de defasagem entre os alunos do Ensino Médio. Em levantamento realizado em 2010, a defasagem na cidade de São Paulo foi de 91,2% (IV LENAD, 2010).

7.2 ADOLESCENTES E USO DE DROGAS

Dados recentes apontam que, em um levantamento realizado na cidade de São Paulo, aproximadamente 23,3% dos adolescentes entrevistados referiram algum uso de droga na vida; 9,6 % uso no último ano e apenas 5,2% referiram algum uso de drogas no último mês. As drogas mais usadas foram as lícitas, predominantemente tabaco e álcool (IV LENAD, 2010). O mesmo estudo destacou o uso de drogas entre adolescentes mais novos (10 a 12 anos), cujo consumo foi de 10,4% uso na vida, 5,4% referiu uso no último ano e 2,7%, fez uso de alguma droga no último mês.

Informações relativas à diminuição do consumo regular quando comparadas à quantidade de experimentações/ uso na vida também foi encontrada entre os adolescentes do presente estudo. Dentre os adolescentes que referiram experimentação de cinco ou mais substâncias psicoativas diferentes (Alexandre, Diego, Julia, Guilherme, Eduardo e Douglas), foi referido uso diário de tabaco (Alexandre, Diego, Julia, Guilherme, Eduardo e Douglas) e maconha (Guilherme), e uso semanal de bebida alcoólica (Julia, Eduardo e Douglas), cocaína (Julia) e uso não prescrito de sedativo (Julia). Destacamos que a adolescente Luiza relatou que

ainda faz uso regular de todas as drogas experimentadas com frequência diária para tabaco e cocaína e semanal para bebida alcoólica e maconha.

Os dados revelados acima sugerem que nem toda experimentação de drogas acarreta em uso frequente ou mesmo dependência. Todavia, destacamos que a adolescência é um período de grande vulnerabilidade para o início do consumo de drogas considerado de risco, pois, conforme o *Center on Addiction and Substance Abuse* (2011), 90% dos adultos norteamericanos que apresentaram problemas crônicos relacionados ao uso de substâncias, iniciaram o consumo antes dos 18 anos de idade.

Sobre uso de drogas relacionado ao gênero, as entrevistas analisadas apontaram para um uso de drogas mais problemático entre as adolescentes do sexo feminino em relação aos meninos entrevistados. As mudanças no papel da mulher historicamente delimitadas como mudanças no comportamento social da mulher, dos desempenhos e papéis de gêneros, relações familiares, luta por espaço no mundo do trabalho, conflitos familiares, excesso de atribuições, ansiedade e manejo de estratégias para lidar com os problemas, são aspectos que podem contribuir para o consumo maior de drogas entre pessoas no sexo feminino (MALGERGIER et al, 2012). Somado a isso, a literatura é vasta quanto à propensão de maior envolvimento com drogas por parte de pessoas do sexo feminino motivado pela ausência de estratégias para lidar com questões emocionais (SCHINKE; FANG; COLE, 2008; BROIDY; AGNEW, 1997).

Um levantamento nacional realizado entre adolescentes de Ensino Fundamental e Ensino Médio nas 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal encontrou que o consumo de álcool e tabaco foi maior entre as meninas, contudo, quanto à intensidade de consumo, os meninos apresentaram maiores taxas de

consumo de drogas lícitas e ilícitas (CEBRID, 2010). Complementarmente, um estudo que objetivou verificar as diferenças entre os sexos quanto ao uso de drogas entre adolescentes (MALGERGIER et al, 2012) constatou que não há variações estatisticamente significantes quanto ao consumo de drogas entre os sexos. Isso é, o que a literatura referia anteriormente quanto ao maior consumo entre meninos (PINSKY et al, 2010), na população de 971 adolescentes estudados, tais índices de consumo entre meninos e meninas encontram-se equiparados, havendo diferenças somente quanto à intensidade de uso que permanece maior entre os meninos, dados estes que estão em consonância com outros estudos recentes (KEYES; GRANT; HASIN, 2008; HORTA et al, 2007).

Estudo entre escolares identificou que os adolescentes com idade entre 15 e 18 anos apresentaram 4,6 vezes mais possibilidade de uso de drogas ilícitas em relação aos estudantes mais novos (MALBERGIER; CARDOSO, AMARAL, 2012). Tal fato pode ser observado também entre os adolescentes do presente estudo adolescentes com idade entre 17 e 18 apresentaram mais uso problemático de drogas em relação aos adolescentes com idade abaixo de 16 anos.

Os pesquisadores citados acima encontraram que o uso de álcool e tabaco na vida foi associado significativamente a problemas familiares semelhantemente à associação identificada entre drogas ilícitas e problemas familiares. Tal dado é relevante para a discussão sobre a regulamentação da comercialização e consumo incentivado pelas propagandas televisivas (álcool), uma vez que seus prejuízos em níveis pessoais e sociais são ainda maiores quando comparadas às substâncias ilícitas, porém a aceitação pública e a associação a atividades de lazer e alívio de estresse acabam por incentivar seu consumo indiscriminado desde a adolescência,

como se verifica nas falas dos sujeitos Alexandre, Eduardo e Douglas descritas anteriormente.

7.3 REDES DE APOIO – ASPECTOS ESTRUTURAIS DO MODELO DE ESCOLTA DO APOIO SOCIAL

Rede de apoio foi considerada por diferentes autores como um dos mais fundamentais fatores de proteção no período que compreende infância e adolescência (ANDRADE; VAITSMAN, 2002; SIQUEIRA; BETTS; DELL'AGLIO, 2006). Garmezy e Masten (1994) destacam, ainda, os benefícios das redes de apoio no aumento da competência individual, reforço de autoimagem e autoeficácia, aspectos estes que são necessários para se atingir objetivos pessoais e lidar com as adversidades da vida.

A quantidade de pessoas que compõem a rede é um dos aspectos frequentemente analisados por representar a variabilidade de fontes de apoio disponíveis, o que implica na compreensão de que o apoio pode se originar de diferentes fontes e não estar concentrado em pessoas específicas ou oriundas de um único núcleo. Sobre isto, Sluzki afirma que há maior possibilidade de conflitos e desgastes nas relações quando a rede de relações se apresenta de modo restrito e escasso (2007).

O tamanho das redes de apoio de diferentes populações foi investigado por autores nacionais e fora do contexto brasileiro. Contudo, encontram-se na literatura científica mais estudos que se referem a populações específicas como: idosos [PAULA-COUTO et al, 2008], adolescentes institucionalizados [SIQUEIRA, BETTS, DELL'AGLIO, 2006], crianças em situação de rua [BRITO, 1999, RICE; MILBURN;

MONRO, 2011], usuários de álcool e outras drogas [SOUZA, 2009], pessoas com HIV/AIDS [SILVEIRA; CARVALHO, 2011], mães adolescentes [BRAGA, 2011], pessoas diagnóstico de câncer [RODRIGUES; FERREIRA, 2012], adolescentes escolares [BOKHORST, SUMTER, WESTENBERG, 2010; AMPARO et al, 2008; FEITOSA et al, 2005]. Dentre os estudos de base populacional, apesar da delimitação de faixa etária, podemos exemplificar o estudo de Costa (2009) entre indivíduos de 14-24 anos distribuídos por sete capitais brasileiras; García e colaboradores sobre apoio social e qualidade de vida entre idosos na Espanha (2005), ou ainda, o estudo sobre relações intergeracionais de adultos maduros desenvolvido por Antonucci e Akiyama (1991). Tal fato permite a comparação entre os dados quando consideramos características específicas como faixa etária ou alguma outra variável comum ao grupo analisado, porém não nos oferece referência para comparação com a população de modo geral.

Ao analisarmos a estrutura das redes de apoio descritas pelos adolescentes participantes do estudo, encontramos a média de 12 integrantes em suas redes de apoio (o total variou de cinco a 22 integrantes mencionados em cada rede). Outros estudos que buscaram a compreensão da rede de apoio e relações significativas para sujeitos de faixa etária semelhante aos do presente estudo encontraram a média de 18,3 integrantes citados entre meninos em situação de rua no contexto brasileiro (BRITO, 1999), 13 pessoas citadas em média por adolescentes em situação de rua nos Estados Unidos (RICE; MILBURN; MONRO, 2011), valores estes que diferem da média de 38 integrantes relatados por adolescentes institucionalizados em abrigos (SIQUEIRA; BETTS, DELL'AGLIO, 2006).

Para fins de comparação, observa-se, que o valor médio de pessoas nas redes de apoio difere conforme a idade, pois de acordo com os achados em estudo

sobre a rede de apoio de idosos (PAULA-COUTO et al, 2008), os valores encontrados nas redes de apoio foram a média de 10 integrantes por rede. Outro estudo, ainda, encontrou média de sete integrantes na rede significativa de pessoas com diagnóstico de câncer com idade entre 28 a 59 anos (RODRIGUES; FERREIRA, 2012). Valor este abaixo dos encontrados entre adolescentes. Tais diferenças podem ser justificadas pelas variações que a configuração das redes sofre ao longo do desenvolvimento e das situações vivenciadas. A pesquisadora norte-americana Mary J. Levitt (2005) destaca a existência de situações normativas e não normativas como uma das explicações para o modo como as redes se configuram. Por exemplo, em situações não normativas como um agravamento no estado de saúde, a rede de apoio tende a se modificar conforme a necessidade de cuidado e de amparo emocional e material, favorecendo uma rede menor em tamanho, porém mais densa em proximidade. Quanto às questões normativas, como as etapas do desenvolvimento, a configuração das redes depende dos contextos por onde o indivíduo transita (se frequenta escola, trabalho, casa de familiares, abrigos) e de suas características pessoais (se mais reservado, expansivo, e assim por diante). Cabe destacar, ainda, que os recursos metodológicos para análise da rede pode interferir na quantidade de pessoas que as compõem, por exemplo, o estudo de Siqueira, Betts e Dell’Aglio, (2006) que se utilizou o mapa dos cinco campos proposto por Samuelsson et al (1996) que estimula o sujeito a relatar membros de cinco diferentes esferas de sua vida. Assim sendo, o sujeito provavelmente irá mencionar mais pessoas significantes em sua vida de acordo com cada esfera analisada, diferentemente do que ocorre no Modelo da Escolta, segundo o qual os sujeitos pensam nas relações mais significantes em sua vida como um todo.

No que diz respeito ao tamanho das redes de apoio, um estudo realizado entre crianças identificou que a rede ampla é composta por uma variedade de membros de diferentes esferas (familiares, pares ou professores, dentre outros) aumenta a competência social no contexto escolar (LEVITT, 2005). Grannovetter (1973), por sua vez, destaca os benefícios de uma rede ampla composta também por vínculos fracos, ou seja, por relações não tão significativas afetivamente que, todavia, permitem além da diluição das situações de estresse, a difusão de informações, a mobilidade de oportunidades e também uma melhor organização comunitária. Conforme o indivíduo se desenvolve e amadurece, desenvolve diferentes níveis de intimidade em suas relações. A natureza e frequência de suas relações, portanto, podem aumentar ou diminuir. Assim, destaca-se que as relações alocadas no círculo interno referem-se a relações mais estáveis ao longo da vida e que, as possíveis variações na composição das redes no curso da vida ocorrerão na configuração dos círculos mais periféricos.

Sobre isto, a literatura faz distinção entre os diferentes níveis de proximidade, levando em conta no processo de análise das redes as relações mais significativas para o sujeito, ou seja, aquelas que se destacam dentre as diversas relações do sujeito com o mundo externo a si enquanto relações de maior envolvimento afetivo, intimidade e tempo de convivência. Grannovetter descreve a diferença entre laços fortes e laços fracos, caracterizando o primeiro enquanto a combinação entre quantidade de tempo, intensidade emocional, intimidade e reciprocidade. Além disso, ressalta a identidade comum e a busca por referências para tomada de decisões devido às relações de alto nível de credibilidade e influência entre os membros. Quanto aos vínculos fracos, o autor os caracteriza como membros mais dispersos que compõem uma rede com menos densidade, tratando-se de relações

com menor grau de intimidade e trocas afetivas quando comparadas aos vínculos fortes, que permitem, contudo, trocas positivas.

Para os adolescentes do estudo, os níveis de proximidade foram delimitados a partir das questões “difícil imaginar a vida sem essa pessoa”, “não se sente tão próximo, mas mesmo assim são muito importantes pra você” e “pessoa não tão importante, mas que você deseja mencionar nesta rede”. Dentre o total de pessoas mencionadas nas redes (120), encontramos 34,16% do total de pessoas citadas no círculo interno, 35% foram citados no nível intermediário de proximidade e 30,83% no nível mais distante. Quando consideradas as 10 relações mais próximas ao centro do diagrama (em um total de 84 integrantes mencionados) temos que 49% compõem o círculo interno, 38% encontram-se no círculo intermediário e 13% dentre as 10 relações mais próximas de cada participante localizam-se no círculo externo.

As características dos integrantes das redes significativas variaram quanto a sexo, idade, frequência de contato e distância. Assim, no que diz respeito ao sexo dos integrantes das redes significativas, os demais estudos desenvolvidos a partir do Modelo da Escolta também encontraram predominância de mulheres nas redes de apoio de idosos (PAULA-COUTO et al, 2008), pessoas com diagnóstico de câncer (RODRIGUES; SILVEIRA, 2012), pessoas com HIV/AIDS (SILVEIRA, 2009) e adolescentes em situação de rua BRITO (1999). Outros estudos que se utilizaram de diferentes referenciais para análise das redes de apoio também identificaram a mulher como gênero sexo predominante dentre os membros das redes (BRAGA, 2011; SOUZA, 2010; RODRIGUES; SILVEIRA, 2012). Compreende-se a presença de mais mulheres nas redes de apoio devido às características historicamente associadas às mulheres como o cuidado e o afeto. (FONSECA, 2002)

Quando analisadas as idades dos integrantes das redes, encontramos no estudo de Brito (1999) que as meninas em situação de rua citaram mais adolescentes e crianças que adultos em suas redes quando comparadas aos meninos. Mais menções a adultos se deu entre os participantes na faixa etária que compreende 10 a 15 anos. Os participantes do presente estudo, com faixa etária de 10 a 18 anos relataram maior quantidade de pares em suas redes (21 integrantes), seguidos por adultos com faixa etária de 31 a 40 anos e entre 51 a 60 (14 integrantes em cada faixa etária). Siqueira, Betts e Dell'Aglio, (2006) e por Brito (1999), identificaram que na rede das crianças e adolescentes entrevistados observou-se mais menções a adultos, principalmente entre adolescentes de 16 a 18 anos.

Entre idosos, Paula-Couto e colaboradores (2008) observaram que os integrantes com idades mais jovens foram citados no primeiro círculo, e os que foram citados no segundo círculo eram mais jovens que o do círculo externo. O mesmo foi observado no estudo entre pessoas com diagnóstico de câncer (RODRIGUES; FERREIRA, 2012).

No presente estudo, 7,14% dos integrantes das redes significativas estavam acima dos 60 anos. Dados demográficos recentes sobre o contexto brasileiro referem que 9,9% da população brasileira encontram-se acima dos 60 anos de idade; apontam, ainda, para o aumento da expectativa de vida (71,3 anos) ocasionado pelo desenvolvimento tecnológico e científico nas questões referentes à manutenção da saúde, qualidade de vida e desenvolvimento urbano (saneamento, legislações que regulamentam as condições de trabalho, aumento dos níveis de escolaridade, dentre outros). Os dados indicam também a redução no crescimento da população de 1,93% em 1991 e 1,2% em 2004). Tal redução pode ser

compreendida por diversos aspectos como mais acesso a informações sobre métodos contraceptivos e planejamento familiar, questões financeiras (alto custo para criação de filhos), casamentos tardios, dentre outros.

Somado a isso, as novas configurações familiares decorrentes de gravidez na adolescência, inserção da mulher no mercado de trabalho, divórcios, recasamentos, problemas financeiros e caracterizadas pela presença de membros da família extensa (tios, avós, cunhados, dentre outros) residindo junto à família nuclear aumentam a possibilidade das relações intergeracionais, ou seja, relações entre indivíduos com que idades mais jovens e indivíduos de mais idade (SAYÃO; AQUINO, 2006; FONSECA, 2006; SARTI, 2010, ANTONUCCI; AKIYAMA, 1991). Os aspectos referentes às relações intergeracionais serão discutidos posteriormente neste trabalho na seção pertinente à análise funcional das redes de apoio, pois, apesar de citarem mais integrantes adolescentes em suas redes de apoio, quando analisados os apoios ofertados e recebidos dos participantes, estes mencionam referem os adultos como principais fontes de apoio.

Outro aspecto analisado das relações com os integrantes das redes refere-se à manutenção do contato pessoal, sendo este analisado levando-se em conta a distância entre as residências e a frequência do contato pessoal. Já foi descrito anteriormente neste estudo e está em consonância com a literatura que os membros da família nuclear e extensa compõem as relações mais significativas aos adolescentes. Contudo, merecem destaque as menções a pessoas de menor intensidade de contato pessoal, como pessoas residentes em outras cidades (oito integrantes), outros estados (quatro integrantes) e outros países (dois integrantes). Ademais, os adolescentes relataram relações de proximidade afetiva com pessoas

com quem o contato pessoal variou de poucas vezes ao ano até menos de uma vez por ano (23,8% da rede significativa).

A este respeito, em um estudo sobre rede de apoio nos Estados Unidos, aproximadamente 75% dos adolescentes em situação de rua entrevistados citaram algum membro da família com quem mantêm contato por vias que não o contato pessoal (vias tecnológicas como celulares ou internet). Os autores destacam que apesar da distância física, os adolescentes buscavam manter contato com laços positivos de sua origem e que os recursos tecnológicos auxiliavam no fortalecimento de sua saúde física e emocional. Em contrapartida, Paula-Couto e colaboradores (2008) encontraram maior frequência de contato entre os participantes do estudo e os integrantes do círculo externo em relação aos integrantes dos círculos mais internos. Tais achados nos conduzem à reflexão sobre a não exigência de contato pessoal frequente para a manutenção de relações significativas, desde que os envolvidos nas relações estabeleçam algum modo de contato e troca de informações/apoio que nutram a dimensão afetiva da relação.

Outro aspecto que justifica a presença de relações significativas composta por membros com os quais se tem pouca frequência de contato pessoal refere-se ao fato de que as relações rotineiras, além de fonte de apoio, também podem se apresentar enquanto relações de maior nível de intimidade e, decorrentes disto, relações mais estressoras pelo convívio cotidiano e exposição a conflitos diários, ao passo que as relações mais distantes podem se configurar enquanto relações idealizadas pelos sujeitos. O mesmo pôde ser observado no estudo com adolescentes abrigados (SIQUEIRA; BETTS; DELL'AGLIO, 2006) e adolescentes em situação de rua (RICE; MILBURN; MONRO, 2011), segundos os quais os

genitores se configuravam enquanto relação significativa e apoiadora apesar da não convivência com estes.

Quanto ao tipo de vínculo, identificamos que ao analisar tanto o total de integrantes das redes descritas pelos adolescentes (120) quanto àqueles pertencentes às redes significativas dos adolescentes (84), o vínculo predominante foi pertencer à família extensa dos participantes, 45% e 32,14% respectivamente. Tais valores podem ser justificados pela composição familiar dos adolescentes entrevistados e que, em consonância com o que foi discutido relativamente às novas configurações de família, atualmente há maior participação de outros membros da família estendida compondo as relações anteriormente reservadas ao núcleo “pais e filhos”.

No estudo de Brito (1999) desenvolvido entre adolescentes em situação de rua encontramos que os sujeitos cuja faixa etária compreende dos 10 aos 12 anos citaram mais membros oriundos da família extensa e família nuclear do que relações não consanguíneas. Já no estudo realizado entre idosos, 88% dos integrantes das redes eram membros de família extensa e nuclear e 12% não eram relações de consanguinidade (PAULA-COUTO et al, 2008). Em contrapartida, o estudo desenvolvido a partir do relato de crianças e adolescentes que transitam em abrigos encontrou que estes recebem mais apoio por parte da família extensa do que da família nuclear (SIQUEIRA; BETTS; DELL’AGLIO, 2006). Contudo, metade dos adolescentes em situação de rua entrevistados no estudo de RICE, MILBURN, MONRO (2011) mencionou algum membro da equipe profissional que os atendia em sua rede e apoio. Semelhantemente, o adolescente Diego relatou diferentes tipos de apoio encontrado em pessoas pertencentes ao serviço de ajuda mútua para lidar com o uso de drogas. Apesar de todos os adolescentes do estudo terem

frequentado ao menos um serviço especializado, apenas Diego relatou vínculo com equipe, que, devido ao perfil do serviço em questão, eram ex-usuários de drogas.

A presença de integrantes sem relação de consanguinidade na composição das redes é aspecto positivo para os sujeitos, pois conforme discutido anteriormente, a diversidade de fontes de apoio, oriundas de diferentes núcleos expande as possibilidades de apoio quando as relações no interior da família se encontram mais desgastadas.

A este respeito, o estudo desenvolvido por Dimenstein (2006) com sujeitos de 12 a 24 anos encontrou tanto na família quanto entre amigos e na comunidade fontes significativas de apoio para a população do estudo, e ainda, que as redes de amizades e comunitárias se apresentaram enquanto importante fator protetivo a situações de violência. E, complementarmente Amparo e colaboradores (2008) afirmam que para os participantes de seu estudo com (escolares com idade entre 13 a 27), suas redes de proteção compostas por membros da família, escola e amigos favoreceram estratégias de proteção em contexto de vulnerabilidade social. Ressaltamos, assim, a importância de uma rede diversificada que contemple as diferentes esferas que compõem a vida dos sujeitos.

Levando-se em conta que a análise da qualidade das redes significativas, ou seja, a discussão a respeito dos aspectos funcionais das redes de apoio, se dará na sessão seguinte, a qualidade das relações com familiares ou relações não consanguíneas será discutida posteriormente, cabendo a esta seção apenas aspectos relacionados às características das redes e seus membros.

Conforme já definido anteriormente, as redes de apoio, a partir da concepção dos autores do Modelo da Escolta, são dinâmicas e mutáveis ao longo da vida do sujeito, ou seja, sua composição está sujeita a mudanças conforme o momento de

desenvolvimento, contexto cultural, ambientes pelos quais se transita e circunstâncias normativas ou não normativas. Assim, é sabido que a criança ao longo de seu desenvolvimento amplia sua rede de relações ao incluir novos membros, incluindo não pertencentes à família como colegas de escola e professores. Inicia-se então, uma rede de apoio baseada também nas qualidades da criança como responsividade e temperamento, permitindo, deste modo, a troca de apoio (NEWCOMB, 1990).

Levitt (2005) afirma que as relações sociais são frequentemente analisadas tendo por base os conceitos da teoria do apego na infância proposta por Bowlby. Segundo Bowlby, a relação bebê-cuidador primário é o ponto inicial para o desenvolvimento das relações sociais, uma espécie de protótipo para relações posteriores. O autor postula que uma relação segura entre infante-cuidador será determinante para o desenvolvimento de relações positivas ao longo da vida, pois resulta no desenvolvimento de competências sociais, autoestima, autoeficácia, relações harmoniosas, bem estar pessoal e maior adaptabilidade na transição da infância para a fase adulta e no lidar com os diferentes desafios da vida (GAZZANIGA; HEATHERTON, 2005).

Posteriormente, devido à escassez de teorias que nortegassem as pesquisas sobre as relações entre adultos, pesquisadores buscaram a transposição das relações de apego na primeira infância para a vida adulta. Assim, seguidores das ideias de Bowlby, Ainsworth e Bell (1970) propõem a concepção de apego enquanto um laço afetivo entre um indivíduo e outro específico, que os une no espaço e permanece com o passar do tempo e que, para Morsünbül (2009) são relações necessárias para manutenção da existência. Outra contribuição para a compreensão do conceito de apego destaca o efeito antecipado pela perda da figura de apego, ou

seja, são relações que, quando rompidas, resultam em sentimentos intensos de pesar (BERMAN; SPERLING, 1994), sendo esta uma concepção facilmente também observada no nas relações posteriores à infância.

Segundo Levitt (2005), a maior parte dos estudos sobre apego na vida adulta tem seu foco nas diferenças individuais relativas à segurança do apego, tendo sido desenvolvidas por pesquisadores tipologias semelhantes às descritas por pesquisadores que discorreram sobre apego na infância (CROWELL, FRALEY, SHAVER, 1999; MORSÜNBÜL, 2009).

Bowlby ofereceu grandes contribuições acerca da compreensão das relações sociais, contudo, identificou-se com o desenvolvimento de estudos empíricos que a relação bebê-cuidador não oferecia explicações suficientes para justificar as relações futuras dos sujeitos (LEVITT, 2005). Segundo a autora, diferentes estudos analisados por ela identificaram que as teorias de Bowlby sobre o apego não se expandiam aos múltiplos vínculos desenvolvidos pela criança, apresentavam ambiguidade nas definições do conceito de apego e, além disso, se isolavam das demais teorias que buscavam compreender as relações sociais e de suporte. Ademais, autores questionaram as diferentes concepções de apego propostas por Bowlby e seus seguidores (relacionadas à fase adulta, exemplificado pela definição de Bowlby sobre o apego enquanto um comportamento direcionado a alguém percebido como o mais capaz para lidar com a situação vivenciada pelo indivíduo em determinado momento), pois discutem que a existência de relações de apego não necessariamente requer o cuidado concreto (apoio instrumental) por tratar-se *a priori* de relações de afeto.

O modelo da Escolta Social propõe uma alternativa às abordagens tradicionais por capturar a complexidade das relações ao longo do tempo e

diferentes contextos. Os autores do referido modelo tomaram como base pressupostos da teoria do apego proposto por Bowlby, bem como concepções do apego na vida adulta para compreender como as relações significativas ao sujeito se dão ao longo do curso da vida. Assim, as relações de apego na vida adulta nos auxiliam a compreender as relações mais íntimas aos sujeitos de acordo com o Modelo da Escolta alocados no círculo interno, pois conforme descrito na metodologia, tratam-se de relações tão próximas que seria difícil ao sujeito imaginar a vida sem tais pessoas. Além disso, apesar da resposta de apego emergir na primeira infância, Belsky chama de “*comportamento de busca de proximidade*” a necessidade de contato com figuras de apego quando a manutenção da sobrevivência é ameaçada, e isso pode ocorrer em qualquer fase da vida (2010, p.137).

A pesquisadora Mary Levitt (2005) observa que diferentes linhas de pesquisa foram criadas separadamente para o estudo das relações, sendo exemplificadas pelos estudos sobre as relações entre pais e filhos, irmãos, pares, professor-aluno, relacionamentos afetivos sexuais, e assim por diante. A autora destaca que essa fragmentação acaba por negligenciar as múltiplas relações que circundam e co-atuam na vida do indivíduo bem como as novas relações que permeiam as diferentes configurações familiares, como as relações com avós e outros membros da família extensa. A partir disto, ressaltamos a necessidade de diferentes perspectivas teóricas que deem conta de contemplar a diversidade de influências sociais que interferem na relação do indivíduo com seu meio.

Levitt e colaboradores (2002) analisaram a composição das redes de apoio de crianças de quartos e sextos anos escolar e após dois anos fizeram nova análise. Os pesquisadores encontraram que as relações mais próximas da maioria dos

sujeitos eram os pais e irmãos. Identificaram nos relatos das crianças que aproximadamente a metade delas também citaram os avós como parte das relações significativas nos dois momentos analisados. Ademais, percebeu-se que a rede das crianças participantes era composta por poucas menções a amigos, no entanto a frequência de menções aumentou do primeiro para o segundo momento, ou seja, quanto maior a idade da criança, maior a presença dos amigos em sua rede de apoio e relações significativas, passando de 12,2% de menções a amigos no primeiro momento a 22,6% de menções.

No mesmo estudo encontrou-se mais importância para adaptação na vida pela participação da figura paterna na rede significativa de meninos em relação à rede de meninas. A relevância da presença dos avós para a adaptação na vida foi estatisticamente significativa em relação às crianças que não mencionaram avós em suas relações significativas. A presença de irmãos não foi estatisticamente significativa para este processo adaptativo.

As redes de adolescentes brasileiros institucionalizados também foram compostas majoritariamente por adultos (82,9%), sendo estes principalmente membros da família nuclear (mãe/madrasta, pais, irmãos mais velhos), seguidos por outros adultos como monitores e equipe técnica do abrigo. As menções aos pares totalizaram 17,1% dos integrantes de suas redes (SIQUEIRA, BETTS, DELL'AGLIO, 2006).

No estudo de SIQUEIRA, BETTS, DELL'AGLIO (2006), 45,71% dos adolescentes institucionalizados citaram mãe/madrastas como integrantes das relações mais significativas e satisfatórias de suas redes. Levando-se em conta a situação de abrigamento dos adolescentes do estudo, ressaltamos que 37,14% não mencionaram a genitora em suas redes. Em contrapartida, os pais foram citados

por 34,28% dos participantes, enquanto 42,85% destes não fizeram menção aos pais.

No presente estudo, as mães (biológicas ou adotivas) foram citadas por nove participantes, destacando-se que o único adolescente que não a mencionou (Eduardo) é devido ao falecimento de sua genitora. Quantos aos pais, oito adolescentes fizeram menção a estes. Cabe ressaltar que nos casos em que o adolescente não reside com o pai, porém mantém contato frequente com este (Alexandre, Douglas), os pais foram alocados como pertencentes à rede significativa, contudo, justifica-se as não menções de Carlos e Julia, pela não convivência com seus genitores e Diego e Eduardo pelo falecimento de seus respectivos pais.

A este respeito, um estudo que objetivou conhecer a percepção de crianças com idade entre 10 e 11 anos em relação ao cuidado paterno e materno identificou que existe diferença significativa entre sua percepção de “pai real” e “pai ideal”, diferentemente do cuidado materno cuja percepção do real se aproximou do que as crianças referiram como ideal. Quanto ao cuidado paterno, as crianças entrevistadas perceberam a figura paterna afastada do ideal quanto à interação e cuidados (GOETZ; VIEIRA, 2009). Sobre isso, estudos prévios identificaram que apesar das constantes mudanças sociais relacionadas aos papéis de “mãe” e “pai” no contexto familiar e seus novos arranjos, ainda se atribui ao pai as expectativas de apoio material e à mãe o suporte emocional e afetivo, dados estes que podem ser relacionados aos papéis atribuídos historicamente e socialmente a partir de uma perspectiva de gênero (DESSEN; BRAZ, 2000; WAGNER et al, 2005).

Na adolescência, uma das características marcantes no comportamento social é o movimento em direção à independência dos pais e maior aproximação

com seus pares no intuito de desenvolver senso de identidade, pertencimento, autoconceito positivo e autonomia em relação aos pais (ASHMORE et al 2002), fato que, segundo alguns autores, ao mesmo tempo em que a rede de relações se expande, há aumento também de relações de intimidade e reciprocidade entre o adolescente e seus pares (SCHOLTE, VAN AKEN, 2006).

Assim, retomamos que a faixa etária predominante dentre os integrantes das redes significativas foi de 11 a 20 anos (25%), período que compreende a mesma faixa etária dos participantes do estudo.

Comportamentos de risco são descritos como parte do processo da adolescência e marcam este período de busca por autonomia e distanciamento dos pais e fortalecimento da individualidade (MORSÜNBÜL, 2009; GAZZANIGA; HEATHERTON, 2005). Um estudo de revisão buscou caracterizar os diferentes tipos de grupos descritos na literatura científica com os quais adolescentes se envolvem e identificou no conteúdo analisado que adolescentes pertencentes a grupos denominados “desviantes” apresentaram baixa autoestima e mais menções ao consumo de álcool, tabaco, maconha e demais drogas no grupo em relação aos demais grupos (como atletas, acadêmicos, elites, dentre outros).

Sobre a presença de usuários de substâncias nas redes de apoio, oito dentre os 10 adolescentes fizeram referência a algum. O mesmo foi encontrado no estudo de REF 32, segundo o qual 62% dos adolescentes norteamericanos em situação de rua mencionaram a presença de usuários de substâncias em suas redes de apoio. A este respeito, Malbergier e colaboradores (2012) não encontraram relação estatisticamente significativa entre o uso de drogas e a presença de amigos usuários em suas redes de relações. Todavia, para Schroeder e colaboradores (2001), a presença de usuários de drogas na rede dos sujeitos em tratamento para

dependência configurava-se mais em prejuízos a estes em detrimento a possíveis benefícios suporte emocional.

A presença de outros usuários de drogas nas redes de apoio também foi encontrada por outros estudos, contudo, o que observa é a necessidade apontada pelos respectivos autores de reformular a rede de relações de modo a ampliar os contatos saudáveis e menos favoráveis ao consumo (SOUZA, 2010; COSTA, 2010, VASTERS, PILLON; 2010). Porém merece destaque o fato de que em muitos casos os usuários compõem as relações familiares dos sujeitos. A este respeito, autores afirmam que a família e a influência cultural são fatores importantes na determinação do padrão do uso e consumo do álcool e outras drogas (BUCHELE; MARQUES; CARVALHO, 2004; GARCIA; PILLON; SANTOS, 2011). Sobre as influências culturais (bebida para relaxar e festejar, cigarro para diminuir ansiedade, anfetaminas para dar energia, dentre outras razões que são conhecidas popularmente), Formigoni (1997) conclui que culturas que delimitam as formas de consumo do álcool, por exemplo, (como, onde e quando beber) como parte de rituais apresentaram menores taxas de abuso em relação a culturas que prevalece a proibição ao consumo.

7.4 ASPECTOS FUNCIONAIS DAS REDES DE APOIO

Estudos relatam que há variação não apenas na composição das redes ao longo da vida, mas também na percepção de apoio ofertado por esta (BOKHORST; SUMTER; WESTENBERG, 2010; PAULA-COUTO et al, 2008). Partindo-se, então, da compreensão de apoio social enquanto uma interface entre o indivíduo e o sistema social do qual ele faz parte (GARMEZY; MASTEN, 1994) que concentra em

si somente os aspectos positivos das relações, discorreremos a seguir uma compreensão possível do que foi relatado pelos adolescentes do estudo sobre suas percepções de apoio recebido e ofertado.

No presente estudo foram analisados recebimento e oferta dos seis tipos de apoio propostos por Kahn e Antonucci, a saber, confidenciar coisas que são importantes, ser tranquilizado quando angustiado ou com dúvidas, ser respeitado, ser cuidado em situação de doença, conversar quando triste, nervoso ou deprimido, conversar sobre a própria saúde incluindo sobre a questão do uso de drogas. A análise do apoio social pode se dar a partir da percepção que o sujeito tem de si, da crença de que são estimados, de que suas relações se interessam por ele, que tem com quem contar e está satisfeito com isso (ANTUNES, FONTAINE, 2005). Por outro lado, o apoio ofertado diz respeito ao que o adolescente afirmou se disponibilizar como apoio ao outro, ou ainda, à percepção do adolescente sobre a resposta do outro à sua disponibilidade de apoio (por exemplo: qual dos integrantes você cuida quando a pessoa está doente? Ou ainda, qual dos integrantes da rede conta segredos para você?).

Assim, quanto ao apoio recebido percebido pelos participantes temos que nove adolescentes relataram ter com quem contar para confidenciar coisas importantes. Eduardo foi o único participante que mencionou não receber este apoio. Dentre os 84 integrantes das redes significativas dos adolescentes, encontramos que 28,57% foram citados como fonte de apoio para confidenciar coisas importantes. Sobre o apoio ofertado pelos adolescentes a suas redes significativas, temos que ser confidente de coisas importantes aos integrantes das redes foi mencionado por nove dentre os 10 participantes, sendo Carlos o único a não relatar

tal oferta de apoio. O total de citados como recebedores do apoio foi de 29,76% (25) dentre os integrantes das redes significativas.

As características dos integrantes para oferta/ recebimento deste apoio foram semelhantes quanto à maioria ser do sexo feminino com faixa etária predominante de 11 a 20 anos, de convívio diário e na residente junto ao adolescente.

Em estudo de revisão desenvolvido por Batista (2005), encontramos que as relações familiares auxiliam no desenvolvimento do sentimento de pertença e competência, aspectos que contribuem para o modo como o indivíduo se relaciona com o mundo a sua volta e lida com as adversidades ao longo da vida. Todavia, a literatura também sugere a importância dos amigos nos aspectos emocionais, pois é com os pares que os adolescentes se expõem com maior frequência (ARNETT, 2003). Tais relações pressupõem a exposição de experiências emocionais mais íntimas e isto proporciona aos adolescentes a possibilidade do suporte aos amigos e o manejo de emoções vivenciadas (CAMPOLINA, 2007). Ter com quem contar para compartilhar aspectos mais íntimos e relevantes para o sujeito é apontado pela literatura como uma relação direta com a percepção de vida menos estressante e conflituosa (SANTANA, ZANIN, MANIGLIA, 2008). Contudo, observa-se que, mesmo quando se leva em conta somente a rede de relações mais próximas aos adolescentes, apenas um terço desta foi referido pelos participantes enquanto possibilidade de confidências. Fato este que nos leva a considerar que o compartilhamento de aspectos íntimos e exposição de si são restritos aos membros cuja relação é ainda mais próxima afetivamente aos sujeitos.

O segundo apoio proposto pelo modelo da Escolta é ser tranquilizado e estimulado em momentos de incerteza. Eduardo, novamente, foi o único a não relatar o recebimento deste apoio. Os adolescentes mencionaram receber este

apoio de 25% do total de integrantes da rede significativa. Em contrapartida, este foi ofertado por metade dos adolescentes (sendo eles: Alexandre, Diego, Julia, Eduardo, Bruno) a 15 membros de suas redes (17,85%). Para ambos os casos, a maioria de integrantes citados foram mulheres, com faixa etária predominante de 11 a 20 anos, contato diário foi o mais frequente e foram citados mais residentes da mesma casa que o adolescente.

Podemos compreender que “ser tranquilizado e estimulado” implica em ser conhecido a ponto de o outro saber como acalmar e confortar. Também implica exposição de medos e dúvidas, fato este que pode justificar a menor quantidade de menções ao recebimento e oferta deste apoio, pois não depende apenas de ter com quem contar, mas também da disponibilidade de exposição do próprio sujeito. Sobre isto, a literatura refere que os laços com pessoas com quem o sujeito pode contar permite que este se sinta tranquilizado e diminua sentimentos como sofrimento, medo ou angústia.

Quanto ao terceiro apoio recebido, ser respeitado, todos os 10 adolescentes referiram este apoio oriundo de 58,33% de suas redes significativas, sendo 53% do sexo feminino (a despeito desde dado, esta é a maior referência a apoio originado de pessoas do sexo masculino [47%] em relação aos outros tipos de apoio) e faixa etária de 11 a 20 anos. Merece destaque a predominância de contato diário com integrante que ofertam tal apoio ao adolescente (40,1%), seguido de 26,3% cujo contato se dá uma ou poucas vezes ao ano. E ainda, ressaltamos a predominância de referência a fontes deste apoio que residem em bairros mais distantes em relação à residência do adolescente.

Quanto à oferta de “respeito” aos membros de suas redes significativas, todos os adolescentes referiram ofertar este apoio, destinado a 73,8% dos integrantes

destas redes. As características principais dos citados foram faixa etária predominante de 11 a 20 anos, seguido por adultos entre 41 a 50 anos mulheres, que residem em bairros distantes ao adolescente (38,7%) e mantém contato diariamente com ele (41,9%). A distribuição por nível de proximidade foi de 32 integrantes alocados no círculo interno, 24 no intermediário e seis no círculo externo.

Somente os adolescentes Eduardo e Bruno afirmaram sentir-se respeitados por todos os integrantes de suas redes. Esta modalidade de apoio refere-se à percepção de ser estimado e querido por suas relações mais próximas. Soma-se a estes aspectos o sentimento de ser compreendido e aceito por suas relações, conforme exemplificado pelo adolescente Alexandre ao relatar o relacionamento com sua genitora. Conforme referido anteriormente, as relações mais próximas podem ser geradoras de estresse por estar sujeitas ao desgaste cotidiano ao mesmo tempo em que podem ofertar diferentes tipos de apoio pelo grau de intimidade desenvolvido. Assim, é possível compreender que as menções a pessoas com as quais os adolescentes mantêm pouco contato pessoal podem referir-se ao fato de serem relações menos desgastadas pelo estresse do convívio cotidiano ou mesmo à idealização das relações, conforme citado previamente sobre a rede de apoio de adolescentes institucionalizados, para os quais as relações com familiares foram amplamente citadas apesar de ausência de contato frequente com estes.

Complementarmente, alguns autores referem que a percepção de não aceitação, não ser valorizado ou não sentir que possui atrativos pode ser gerador de ansiedade e contribuir para que o indivíduo faça esforços maiores em direção à aceitação e valorização pelo grupo (GAZZANIGA; HEATHERTON, 2005 p. 440). Os autores referem ainda que quando a ansiedade gerada pela percepção de não

aceitação (e conseqüentemente, pelo não pertencimento) não é possível de ser eliminada, o indivíduo tende a buscar outros grupos menos avaliativos.

O quarto apoio analisado diz respeito a ser cuidado em situação de doença. Todos os adolescentes do estudo referiram receber este apoio, em um total de 36,90% de menções oriundas de suas redes significativas; predominantemente mulheres (67,7%), com faixa etária de 51 a 60 anos (média de idade de 41,9 anos, sendo esta a média mais alta em relação aos demais apoios recebidos), frequência de contato diária e residentes junto ao adolescente.

Cuidar em situação de doença foi relatado por todos os adolescentes, sendo este cuidado destinado a 54,76% dos integrantes de suas redes significativas. A faixa etária predominante destas pessoas foi 41 a 50 anos (19,56%), seguido por 51 a 60 anos (17,39%), sexo feminino, residentes junto ao adolescente e cuja frequência de contato se dava diariamente. A distribuição por nível de proximidade foi maior no círculo interno, contudo destaca-se também o cuidado direcionado a oito pessoas alocadas no círculo externo que, por definição, não são tão próximas aos adolescentes.

Sobre apoio às questões de saúde, Nicola (2005) afirma que as fontes mais efetivas são as relações mais próximas com quem o sujeito mantém contato direto, no caso a família e amigos íntimos como se observa também no presente estudo.

De igual modo se observa participação de genitoras e avós dos adolescentes enquanto fontes deste apoio, conforme observado pelas características destacadas acima. Em estudo desenvolvido com pessoas com diagnóstico de câncer (RODRIGUES; FERREIRA, 2012) e entre idosos (PAULA-COUTO, 2008), devido à faixa etária maior dos participantes, as fontes de apoio eram principalmente cônjuges e filhos. Observa-se, deste modo, que muitos estudos evidenciam o papel

da família no cuidado ao doente, porém destacamos a menção que alguns estudos fazem às participações das relações sem consanguinidade e da família extensa ao cuidado em saúde.

Cuidados concretos são mais facilmente observados nos estudos sobre rede de apoio. Para fins de ilustração, estudo realizado entre indivíduos com diagnóstico de câncer encontrou-se que 96% da rede significativa ofertou este apoio (RODRIGUES; FERREIRA, 2012)

A seguir, os adolescentes foram indagados quanto a ter com quem contar para conversar quando se sentem tristes, nervosos ou deprimidos. Carlos e Guilherme relataram não ter com quem contar e disseram lidar com seus sentimentos, exemplificado pelas falas descritas na sessão dos resultados. As menções de apoio recebido pelos demais adolescentes foram de 30,95% do total de integrantes de suas redes significativas, sendo 65,4% destas menções do sexo feminino, faixa etária predominante de 11 a 20 anos, predominantemente contatos diários (53,8%) com as fontes deste apoio e, por fim, 46,1% residiam em bairros distantes aos dos adolescentes do estudo.

Ser fonte de apoio para conversar quando o outro está triste, nervoso ou deprimido foi relatado por seis participantes, direcionado a 16,67% de sua rede de relações mais significativas. O sexo predominante entre os integrantes citados foi feminino, sendo metade com idade entre os 11 e 20 anos, com frequência de contato diária, porém local de residência que variou entre morar junto ao adolescente (42,8%) e residir em bairro distante ao adolescente (42,8%). A distribuição por nível de proximidade foi de sete menções no círculo interno, seis no intermediário e um integrante no círculo externo.

Os adolescentes destacaram novamente a mulher enquanto gênero predominante para recebimento de apoio relacionado à escuta e incentivo, entretanto, merece destaque a distância predominante entre as residências dos adolescentes do estudo e suas fontes de apoio. Compreende-se tal fato de igual modo ao que foi discutido referente ao aspecto de ser tranquilizado e estimulado, isto é, uma vez que as relações cotidianas estão sujeitas a desgastes mais frequentemente que relações de convívio esporádico e, devido ao fato de que em muitos casos a própria família pode agir enquanto geradora de estresse ao mesmo tempo em que é fornecedora dos apoios, as relações distantes adquirem posição como fonte de consolo ou estímulo. Assim sendo, os adolescentes podem buscar suporte em outros familiares distantes ou mesmo em seus pares cuja frequência de contato é diária (como colegas de escola, trabalho ou da vizinhança) para lidar com seus sentimentos, inclusive aqueles relacionados à família nuclear.

Para ilustrar este aspecto, no estudo desenvolvido entre 852 indivíduos de 13 a 27 anos, alunos de Ensino Médio de escolas públicas, verificou a existência de redes de apoio social e fatores pessoais de proteção dentre este grupo de indivíduos considerados em situação de vulnerabilidade por critérios econômicos. Os pesquisadores descreveram os achados quanto às relações familiares, tendo sido encontrado menções a “ambiente pesado” (7,1%), presença de alcoolismo na família (15,3%), aspectos que podem ser geradores de estresse e relações conflituosa entre os membros da família. Entretanto, 67,7% dos entrevistados relatou receber da família o apoio que necessita; 53% a existência de ajuda mútua no seio familiar e 62,3% relatou a presença de respeito mútuo entre os membros familiares.

Por fim, sobre o último apoio recebido percebido pelos adolescentes do estudo, a saber, ter com quem conversar sobre a própria saúde incluindo a questão

das drogas, apenas Carlos relatou não receber tal apoio. Dentre as relações significativas dos participantes do estudo, 23,81% foram citados enquanto fonte de apoio, sendo predominantes os membros do sexo feminino, na faixa etária de 11 a 20 anos, cujo contato pessoal se dava diariamente e a residência junto ao adolescente.

Quanto à oferta deste apoio pelos participantes, sete adolescentes mencionaram ofertar tal apoio a 20,24% da rede significativa. O sexo predominante entre os integrantes citados foi feminino, idade na faixa de 11 a 20 anos, frequência de contato diária e residência localizada em bairro distante ao do adolescente. Sobre a distribuição por nível de proximidade, predominou a alocação de integrantes no círculo interno.

Sobre isto, um estudo português identificou associação de certos comportamentos aditivos à satisfação com apoio social, pois segundo sua análise entre adolescentes com média de 17 anos de idade, quanto menor a satisfação com apoio familiar, maior o consumo de tabaco e bebidas alcoólicas (ARRIAGA, CLAUDINO E CORDEIRO 2005).

A partir das falas dos adolescentes do estudo foi possível identificar que 41% do apoio recebido provem de relações afetivas mais próximas alocadas no círculo interno. Mary Levitt (2005) discorre sobre os níveis de proximidade no Modelo de Escolta. Segundo a autora, o círculo interno corresponde aos laços afetivos mais fortes dos sujeitos, ou seja, as relações de apego. As relações deste círculo fornecem níveis mais altos de apoio em relação aos outros dois círculos. A autora destaca ainda que, as demais pessoas citadas na rede fornecem algum tipo de apoio ao indivíduo, mesmo que em menor grau em relação às pessoas do círculo interno.

Os relatos dos adolescentes do estudo nos permitiram compreender quais as modalidades de apoio recebido por eles e quais as fontes destes apoios dentre os integrantes de suas redes de relações significativas. Sobre isto, a literatura discorre sobre os benefícios da percepção de apoio recebido ao relacionar o apoio social com o bem estar físico e psicológico, o desenvolvimento da autoestima e desempenho escolar, como se observa no estudo de FEITOSA e colaboradores (2005).

Quanto às fontes de apoio, por tratar-se de uma análise da rede pessoal de relações significativas aos sujeitos, observamos a presença principalmente de familiares e amigos, com poucas menções a outras esferas da vida dos participantes, com exceção de Diego que referiu apoio por parte de colaboradores de um grupo de ajuda mútua. Sobre isto, Gazzaniga e Heatherton, (2005) sugerem que a seleção de pessoas com quem os indivíduos se relacionam se dá a partir da: proximidade (frequência de contato), familiaridade (maior aproximação ao Ihe é familiar em detrimento do que Ihe é estranho), semelhança (preferência por características em comum, reconhecer-se no outro), e atributos pessoais como personalidade e atratividade.

Os dados obtidos em um levantamento nacional entre jovens de 14 a 24 anos que objetivou conhecer os fatores de proteção e de risco dos participantes contribuiu para a compreensão de como se dão as redes dos participantes a partir de análise feita por Costa (2011). A autora encontrou que possuir maior renda está associado à maior percepção de apoio familiar, em contrapartida, possuir menor renda associado à maior percepção de apoio oriundo da comunidade.

No estudo de Costa (2011) as meninas com idade entre 14 e 24 relataram maior percepção de apoio e mais amigos na escola, já entre os meninos,

predominou a percepção de apoio na comunidade e mais amigos no bairro onde reside. Sobre as diferentes fontes de apoio, adolescente cujas redes de apoio foram analisadas por Bokhorst, Sumter e Westenberg, (2010) referem pouco apoio recebido por parte de professores e colegas de escola a despeito do tempo que passam em companhia destes no ambiente escolar. O mesmo estudo encontrou, no entanto, que meninas percebem mais suporte por parte de professores e colegas da escola que os meninos. O presente estudo identificou certa semelhança em relação ao relato dos adolescentes participantes, pois foram poucas as menções a colegas de ambiente escolar (apenas Lucas e Douglas), na rede de relações, e ainda menos menções dentre as relações significativas dos adolescentes (Lucas). A este respeito, os autores supracitados referem que o papel dos professores enquanto fonte de apoio foi observado entre sujeitos mais novos, porém no princípio da adolescência há um declínio evidente com o passar dos anos.

Observamos, assim, que apesar das redes afetivamente mais próximas aos adolescentes serem compostas predominantemente por pessoas de idades mais jovens e em maior quantidade que os integrantes de mais idade, os apoios ofertados/ recebidos foram proporcionalmente mais relatados nas relações com pessoas mais velhas quando comparados à quantidade de adolescentes citados no estudo e aos que de fato ofertaram/receberam apoio. Ou seja, compreende-se que apesar da quantidade de adolescentes pertencentes às redes, a real oferta/ recebimento de apoio ocorre por um número reduzido de sujeitos. Isso difere em relação aos de mais idade que compõem as redes, pois foram citados com menos frequência que os pares, porém foram proporcionalmente mais sujeitos citados nas relações de apoio.

As relações intergeracionais são um dos aspectos fortemente destacado pelos autores do Modelo de Escolta do apoio social. Para compreender as relações intergeracionais é preciso identificar as semelhanças e diferenças entre os sujeitos em tais relações. Segundo Antonucci e Akiyama (1991), os mais velhos desejam contribuir com os mais jovens de diversos modos, como na transmissão de hábitos, características ou atitudes. Os mais jovens, por sua vez, buscam marcar sua diferença em relação aos mais velhos para, assim, destacar suas próprias contribuições à família. Ademais, as relações intergeracionais são importante fator de socialização e manutenção de laços, definidas atualmente como relações bidirecionais. Tais trocas bidirecionais existem ao longo do tempo e são parte das relações de apoio que o indivíduo mantém como parte de sua escolta de apoio social (ANTONUCCI; AKIYAMA, 1991).

Um estudo norteamericano entre adultos com mais de 50 anos de idade objetivou compreender as relações intergeracionais intrafamiliares. Tratou-se do primeiro estudo em profundidade e de nível nacional com a intenção de compreender o apoio social de adultos maduros (ANTONUCCI; AKIYAMA, 1991). Os 718 participantes citaram 182 crianças como parte de suas redes significativas. Estas também foram entrevistadas e suas redes analisadas comparativamente aos dos adultos.

Para os adolescentes do estudo, dos 84 integrantes que compuseram as redes significativas, 79 foram citados como aqueles com quem os adolescentes afirmaram receber e/ou ofertar algum apoio, com destaque para as relações de reciprocidade nas quais o mesmo tipo de apoio foi trocado entre adolescente e os membros de suas redes, em um total de 110 menções. O apoio que mais proporcionou trocas foi “respeito”, tendo sido relatadas 46 menções a ele.

Um dos benefícios observados no Modelo de Escolta é a verificação de reciprocidade do apoio, ou seja, as trocas existentes ou não entre as relações significativas ao sujeito. As primeiras análises propostas para verificação da reciprocidade podem ser observadas no estudo de Akiyama e colaboradores (1990) que, a partir do referido modelo para, desenvolveram um estudo comparativo entre diferentes gerações de famílias norteamericanas e japonesas identificou que existe diferenças quanto à reciprocidade do apoio dependente da cultura. Apesar de ambos os grupos apresentaram relações significativas em suas redes de apoio, entre as famílias japonesas a reciprocidade raramente foi mencionada, enquanto para as americanas relataram mais trocas de apoio nas relações. Conforme investigado pelos autores do estudo, tal fato é justificado pelos valores culturais, pois segundo a cultura japonesa, os mais jovens encontram-se em submissos em relação aos mais idosos, sendo este reconhecimento indício de respeito por parte dos mais jovens. Deste modo, a reciprocidade não é atributo presente nas relações intergeracionais nesta cultura. Em contrapartida, na cultura norteamericana as relações intergeracionais apresentaram maior reciprocidade, sendo ameaça mais por questões como inabilidades decorrentes da idade (prejuízos cognitivos ou físicos) do que pela idade em si (ANTONUCCI; JACKSON, 1990).

Autores destacam a importância da reciprocidade nas relações, destacando que relações desenvolvidas em longo prazo podem gerar expectativa em relação ao desempenho ou oferta de apoio, podendo ser gerador de estresse nas relações. Segundo Levitt (1991), à medida que tais expectativas são satisfeitas ou violadas influencia o bem estar e percepção de apoio. Entretanto, (ANTONUCCI; AKIYAMA, 1991) identificou que existe uma propensão a mencionar que se oferta mais apoio

do que se recebe, fato que pode ser gerador de angústia pela expectativa constante do recebimento de mais cuidados.

Para Morsünbül (2009), a forma como o sujeito lida com comportamentos de risco depende de seu tipo de apego. Indivíduos com relações de apego seguras vivenciam a adolescência mais facilmente e suavemente. Além disso, as relações seguras de apego permitem que o adolescente se sinta confortável com relações de proximidade e intimidade. Já em relação aos que não apresentam relações de apego seguras, apresentam estratégias pobres de enfrentamento e tendem a se envolver mais em comportamentos de riscos (MORSÜNBÜL, 2009).

Conclui-se, portanto, que as relações familiares encontram-se dentre fatores que influenciam o consumo de drogas (MALBERGIER et al, 2012; VASTERS, 2010; PARSAL et al, 2009; SCHENKER; MINAYO, 2004), uma vez que a literatura refere a importância das relações familiares enquanto geradoras de apoio ou conflitos, o que pode, então, contribuir para aumento do consumo. Sobre isto, Malbergier e colaboradores (2011) identificaram que meninas que relataram dificuldades no relacionamento com os pais apresentaram maior propensão ao consumo de álcool e drogas ilícitas em relação às que referiram bom relacionamento com genitores. Tais observações não foram correspondentes para adolescentes do sexo masculino. Contudo, para o uso de tabaco, ambos os sexos apresentaram maior propensão de consumo dentre aqueles que referiram relações com pais menos satisfatórias.

Um estudo que verificou a associação entre relações com a família e consumo de drogas por adolescentes encontrou que os adolescentes que utilizaram alguma droga ilícita na vida apresentaram até três vezes mais chance de: não relatar uma boa relação com os pais, afirmar o desconhecimento dos pais a respeito do que lhes é do agrado ou não, o desconhecimento dos pais sobre como se sentem ou

pensam sobre o que lhes é importante, relatar brigas entre os pais, a ausência dos pais em casa durante a maior parte do dia e, ainda, passar a maior parte do tempo em companhia de amigos. E ainda, dentre os adolescentes que utilizaram alguma droga ilícita, os maiores fatores de associação foram: idade, discussões recorrentes com os pais, passar a maior parte do tempo livre com os amigos, percepção de não serem estimados ou cuidados pelos pais e possuir algum membro da família que tenha sido preso por problemas com a lei (MALBERGIER; CARDOSO, AMARAL, 2012). Contudo, ressaltamos que no estudo supracitado, a existência de associação estatística não determina relação de causalidade, ou seja, não permite inferir se o uso de drogas interfere nas relações familiares ou se as relações familiares ocasionaram o uso de drogas.

Compreende-se a partir disto, que as famílias devem compor a agenda de intervenções terapêuticas, uma vez que suas relações contribuem, quando não se apresentam como principais geradoras de estresse e potencializadora do uso de drogas (conforme ilustrado na fala de Alexandre). Sarti (2010) destaca como desafio às intervenções profissionais juntos às famílias a não idealização desta em seu conceito e relações que incluem a ordem à afetividade (como se possível a exclusão dos conflitos nas relações), considerando-a, sim, enquanto *locus privilegiado de problemas e soluções sociais* (FONSECA, 2006).

Por fim, Sarti destaca que a família representa alto valor entre os de classe econômica mais baixa, pois não se trata apenas de uma rede de apoio ou auxílio mútuo frente ao que a autora refere como “*desamparo social*”. Segundo a autora, a família se constitui enquanto “*referência simbólica fundamental que organiza e ordena sua percepção do mundo social, dentro e fora do mundo familiar*” (SARTI, 2010, p.34).

Considerações finais

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou compreender a rede de apoio de adolescentes usuários de drogas residentes no município de Ribeirão Preto, São Paulo. Por meio do Modelo de Escolta da Rede de Apoio, proposto por Kahn e Antonucci, buscou-se analisar as relações mais significativas ao sujeito a quanto à oferta e recebimento de seis diferentes tipos de apoio.

Acredita-se que o desenvolvimento deste estudo contribuiu para a compreensão das relações mais próximas enquanto ambivalentes, ou seja, ao mesmo tempo em que são mencionadas como as mais importantes, são também mais conflituosas para os adolescentes. As relações mais próximas e mais estáveis foram citadas como principais fontes de apoio, contudo, quando estas relações eram conflituosas ou ocasionavam algum sofrimento, os adolescentes referiram ou lidar com os sentimentos em silêncio, ou recorrer ou membros da família extensa (como primos ou avós). Os adolescentes relatam maior quantidade de pares em suas redes significativas em relação aos adultos, porém proporcionalmente (pessoas citadas e pessoas que efetivamente oferecem/recebem apoio) ocorreram mais menções aos adultos.

O gênero feminino foi identificado enquanto característica de destaque na oferta e recebimento de apoio, porém observou-se que apesar dos diferentes vínculos mencionados (como irmã ou avó/bisavó), as menções referem-se a atributos e características de funções maternas. Quanto aos pais, os adolescentes relataram pouca participação destes ou de outra figura paterna na rede de apoio efetiva.

Os relatos permitiram identificar ausência de apoio efetivo para lidar com questões emocionais como sentimentos de tristeza e raiva, aspecto relacionado por alguns adolescentes como fator que intensifica o uso de drogas. Somado a isso, observou-se a contribuição tanto de membros da família quanto dos pares na manutenção do consumo de drogas lícitas ou ilícitas como parte de rotina diária.

Compreende-se que este estudo ofereceu uma alternativa à diversidade de compreensões possíveis de como os adolescentes estudados se relacionam com sua rede significativa e relações de apoio. Cabe ressaltar, então, as limitações percebidas no desenvolvimento deste trabalho, sendo elas: a não possibilidade de generalização dos achados deste estudo para a população de adolescentes usuários de drogas de modo geral, por tratarem-se aqui de um número reduzido de sujeitos, com características semelhantes entre si (idade, cultura, dentre outros); a ausência da verbalização direta por parte dos adolescentes quanto à percepção de satisfação ou expectativas de cuidado em relação às suas redes de apoio; por tratar-se de entrevistas norteadas por um roteiro e categorias previamente definidas, as características pessoais dos adolescentes delimitaram o quanto foi possível compreender sobre suas relações significativas, pois alguns se mostraram mais tímidos e discretos, outros mais expansivos ou mais dispostos à exposição de aspectos pessoais de suas vidas.

Contudo, a partir dos achados deste estudo, acredita-se que a análise das redes de apoio de adolescentes por meio do Modelo de Escolta como parte de intervenções terapêuticas, incluindo aquelas direcionadas ao tratamento para uso de drogas, é uma estratégia prática e efetiva para identificação das relações benéficas e desgastadas, bem como identificar suas estratégias e recursos próprios para lidar com conflitos e emoções nas relações. Em especial, para serviços cuja proposta é

ação territorial, conhecer o núcleo de convivência do adolescente e como as relações se dão é uma importante estratégia de fortalecimento de seus vínculos, bem como do desenvolvimento de suas próprias habilidades psicossociais. Uma vez que a necessidade de pertencimento e de sentir-se acolhido e estimado são próprios ao ser humano e influenciam diretamente seu modo de ser no mundo e relacionar-se, é imprescindível que estas discussões sejam parte de abordagens terapêuticas.

Referências

9. REFERÊNCIAS

AINSWORTH, M. D. S. Attachments beyond infancy. **American Psychologist**, Washington, v. 44, p. 709-716, 1989.

AINSWORTH, M. D. S.; BELL, S. M. Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. **Child Development**, New Jersey, v. 41, p. 49-67, 1970.

AMPARO, D. M. et al. Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 165-174, 2008.

ANTONUCCI, T. C. Attachment, social support, and coping with negative life events in mature adulthood. In: CUMMINGS, E. M.; GREENE, A. L.; KARRAKER, K. H. (Eds.) **Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping** (p. 261-276). Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1991.

ANTONUCCI, T. C. Attachment in adulthood and aging. In: M. SPERLING, M.; BERMAN, W. **Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives**. New York: The Guilford Press, p. 239-269, 1994.

ANTONUCCI, T. C.; AKIYAMA, H. Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. **Journal of Gerontology**, Oxford, v. 42, n. 5, p. 519-27, 1987.

ANTONUCCI, T. C.; AKIYAMA, H. Convoys of social support: generational issues. **Marriage and Family Review**, v. 16, n. 1/2, p. 103-124, 1991.

ANTONUCCI, T. C.; AKIYAMA, H. Convoys of attachment and social relations in children, adolescents and adults. In: HURRELMANN, K.; NESTMANN, F. **Social networks and social support in childhood and adolescence**. Berlin/ New York: Adline de Gruyter; p. 37-52, 1994.

ANTONUCCI, T. C.; AKIYAMA, H. Convoys of social relations: family and friendship within a life span context. In: BLIESZNER, R.; BEDFORD, V.H. **Handbook of aging and the family**. Westport: Greenwood Press; p. 355-71, 1995.

ANTUNES, C.; FONTAINE, A. M. Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala *Social Support Appraisals*. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, p. 355-366, 2005.

ANTUNES, C.; FONTAINE, A. M. Diferenças na percepção de apoio social na adolescência: adaptação do SOCIAL SUPPORT APPRAISALS. **Cadernos de Consulta Psicológica**, Porto, v. 10/11, 1995.

ARNETT, J. J. **Adolescence and emerging adulthood: A cultural approach**, 2nd Ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2003.

ARRIAGA, M; CLAUDINO, J; CORDEIRO, R. Suporte social e comportamentos aditivos em adolescentes pré-universitários. **Revista Iberoamericana de Educação**, Portalegre, v. 36, n. 11, 2005.

ASHMORE, R. D.; DEL BOCA, F. K.; BEEBE, M. "Alkie", "Frat Brother", and "Jock": Perceived types of college students and stereotypes about drinking. **Journal of Applied Social Psychology**, New Jersey, v. 32, p. 885-907, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS E PESQUISAS. Apresenta os Critérios de Classificação Econômica Brasil. Disponível em:
< http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf> Acesso em: 28 set. 09.

BAHLS, F. R. C.; INGBERMANN, Y. K. Desenvolvimento escolar e abuso de drogas na adolescência. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 4, p. 395-402, 2005.

BARTHOLOMEW, N. G. et al. Effectiveness of communication and relationship skills training for men in substance abuse treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, New York, v. 18, n. 3, p. 217–225, 2000.

BAUMEISTER, R. F.; LEARY, M. R. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 117, p. 497-529, 1995.

BATISTA, M.N. Desenvolvimento do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. **PiscoUsf**, Itatiba, v.10, n.1, p.11-19, 2005.

BELSKY, J. **Desenvolvimento humano: experienciando o ciclo da vida**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 608 p.

BERMAN, W. H.; SPERLING, M. B. The structure and function of adult attachment. In: SPERLING, M. B.; BERMAN, W. H. (Eds.), **Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives** (p. 3-28). New York: Guilford Press, 1994.

BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudos sobre livros destinados a pais educadores. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, Maringá, v. 11, n. 1, jan-jun, p. 63-76, 2007.

BOKHORST, C. L.; SUMTER, S. R.; WESTENBERG, P. M. Social support from parents, friends, classmates, and teachers in children and adolescents aged 9 to 18 years: who is perceived as most supportive? **Social Development**, Oxford, v. 19, n. 2, p. 417-426, 2010.

BOWLBY, J. **Attachment and loss**. V. 1 **Attachment**. London, UK: Pimlico/Random House. (Original work published in 1969), 1997.

BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In:_____. **Measuring health. A review of quality of life measurement scales**. 2ª ed. Philadelphia: Open University Press, 2003.

BRAGA, I.F. **Adolescência e maternidade**: analisando a rede social e o apoio social. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. 157p., 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Conselho Nacional de Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Secretaria- Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde, CN-DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série B. Textos básicos de saúde).

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP. Brasília: SENAD, 2009.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5. ed. Brasília: SENAD, 2013. 450 p. il.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº336 de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> Acesso em: 06 jun. 2012.

BRITO, R. C. **Uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua: subsídios para uma intervenção comunitária**. 1999. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.

BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, A. M. **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 115-126, 1999.

BROIDY, L.; AGNEW, R. Gender and crime: A general strain theory perspective. **Journal of Research in Crime and Delinquency**, London, v. 34, p. 275-306, 1997.

BRONFENBRENNER, U. Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. **Developmental Psychology**, Washington, v. 22, p. 723-742, 1986.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The ecology of developmental processes. In: DAMON, W.; LERNER, R. M. (Eds.), **Handbook of child psychology**. V. 1. **Theoretical models of human development**. New York: Willey, 1998.

BUCHANAN, A. S.; LATKIN, C. A. Drug use in the social networks of heroin and cocaine users before and after drug cessation. **Drug and Alcohol Dependence**, Lausanne, v. 96, p. 286–289, 2008.

CAMPOLINA, L.O. **Tornar-se adolescente**: a participação da escola na construção da transição da infância para a adolescência. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2007, 189p.

CASSIDY, J.; SHAVER, P. R. **Handbook of attachment**. New York: Guilford Press, 1999.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. Retrieved on September, 20, 2010. Availabe from: <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid>.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, Philadelphia, v. 38, n. 5, p. 300-314, 1976.

COLE, M.; COLE, S. R. **O desenvolvimento da criança e do adolescente**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 800p.

COSTA, M. C. et al. Experimentação e uso regular de bebidas alcoólicas, cigarros e outras substâncias psicoativas/ SPA na adolescência. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1143-1154, 2007.

COSTA, L. G. **A rede de apoio social de jovens em situação de vulnerabilidade social e o uso de drogas**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 93p, 2009.

CROWELL, J. A.; FRALEY, R. C.; SHAVER, P. R. Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In: CASSIDY, J.; SHAVER, P. R. (Eds.), **Handbook of attachment** (p. 434-468). New York: Guilford Press, 1999.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health**. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.

DAKOF, G. A. Understanding gender differences in adolescent drug abuse: issues of comorbidity and family functioning. **Journal of Psychoactive Drugs**, San Francisco, v. 32, n. 1, p. 25-32, 2000.

DALMASO, A. S. W.; NEMES FILHO, A. Promoção à Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de condutas médicas**. Brasília: IDS; USP, p. 7-9, 2001.

DAMON, W.; LERNER, R. M. **Handbook of child psychology**. V. 1. **Theoretical models of human development**. New York: Wiley, 1998.

DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predictors of future use patterns? **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 27 n. 1, p. 87-100, 2002.

DE SANTANA, J. J.; ZANIN, C. R.; MANIGLIA, J. V. Câncer patients: coping strategies, social network and social support. **Paidéia**, v. 18, n. 40, p. 371-384, 2008.

DEL PRIORE, M. Adolescentes de ontem. **Mente & Cérebro**, São Paulo, edição 4, p. 6-13, [200?]. Especial.

DESSEN, M.A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221-231, 2000.

DIMENSTEIN, M. **Adolescência e juventude:** bases de apoio familiares e comunitárias como estratégia de enfrentamento à violência. Natal: Fundación Cátedra iberoamericana. 2006.

DUARTE, P. C. A. V. Reinserção social. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **Tratamento das dependências químicas:** aspectos básicos – curso à distância. Brasília: SENAD; São Paulo: USP, 2002.

DUARTE C.; MORIHISA, R. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas.** Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2008.

EL FAR, A. Ritos de Passagem. **Mente & Cérebro**, São Paulo, edição 4, p. 14-21, [200?]. Especial.

ELLIS, B. E. et al. Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women. **Evaluation and Program Planning**, Elmsford, v. 27, p. 213–221, 2004.

FEITOSA, F. B. et al. Suporte social, nível socioeconômico e o ajustamento social e escolar de adolescentes portugueses. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 129-138, 2005.

FLECK, A. C.; WAGNER, A. A mulher como principal provedora do sustento econômico familiar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8 Spe, p. 31-38, 2003.

FONSECA, C. De família, reprodução e parentesco: algumas considerações. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 29, jul-dez, p.9-35, 2007.

FONSECA, C. Mãe é uma só? Reflexões em torno de casos brasileiros. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, p. 49-68, 2002.

FORMIGONI, M. L. S.; MONTEIRO, M. A etiologia do alcoolismo. In: RAMOS, S. P. et al. **Alcoolismo hoje**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

GALDUROZ, J. C. F. et al. **V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras: 2004**. São Paulo: Centro Brasileiro de informações sobre Drogas Psicotrópicas, UNIFESP; 2005.

GARCÍA, E. L. et al. Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. **Quality of Life Research**, Amsterdam, v. 14, n. 2, p. 511-520, 2005.

GARCIA, J. J.; PILLON, S. C.; SANTOS, M. A. Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 19 Spe No, p. 753-761, 2011.

GARMENDIA, M. L. et al. Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 136, p. 169-178, 2008.

GARWICK, A. W. et al. Parents perceptions of helpful vs unhelpful types of support in managing the care of preadolescents with chronic conditions. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, Chicago, v. 152, p. 665-671, 1998.

GAZZANIGA, M. S.; HEATHERTON, T. F. **Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2005. 624 p.

GIUSTI, J. S.; SAÑUDO, A.; SCIVOLETTO, S. Differences in the pattern of drug use between male and female adolescents in treatment. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 02-04, 2002.

GOETZ, E. R.; VIEIRA, M. L. Percepções dos filhos sobre aspectos reais e ideais do cuidado parental. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 26, n. 2, p. 195-203, 2009.

GONÇALVES, T. R. et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1755-1769, 2011.

GRANOVETTER, M. S. The strength of weak ties. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 78, n. 6, p. 1360-1380, 1973.

GRIEP, R. H. **Confiabilidade e Validade de Instrumentos de Medida de Rede Social e de Apoio Social Utilizados no Estudo Pró-Saúde**. Tese (Doutorado em Ciências - Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004.

HOPPE, M. W. **Redes de apoio social e afetivo de crianças expostas a situações de risco**. Dissertação de Mestrado (Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento), Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1998.

HORTA, R. L. et al. Tabacco, alcohol, and drug use by teenagers in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: a gender approach. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 775-783, 2007.

HSER, Y. I. et al. Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS. **Drug and Alcohol Dependence**, Lausanne, v. 57, n. 2, p. 137–150, 1999.

HUESCA, R. S. et al. Detección temprana de factores de riesgo para el consumo de sustancias ilícitas. **Salud Mental**, Cidade do México, v. 25, p. 1-11, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico 2010: resultados gerais da amostra**. Rio de Janeiro: Censo demográfico, p.1-239, 2010.

KAHN, R. L.; ANTONUCCI, T. C. Convoys over the life-course: Attachment, roles and social support. In: BALTES, P.B.; BRIM, O.G. **Life-span development and behavior**. New York: Academic Press, 1980. p. 253-286.

KEYES, K. M.; GRANT, B. F.; HASIN, D. S. Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the United States population. **Drug and Alcohol Dependence**, Lausanne, v. 93, p. 21-29, 2008.

KOOB, G; VOLKOW, N. D. Neurocircuitry of addiction. **Neuropsychopharmacology Reviews**, Brentwood, v. 35, p. 217–238, 2010.

KUNTSCHE, E. N. et al.. Why do young people drink? A review of drinking motives. **Clinical Psychology Review**, Amsterdam, v. 25, n. 7, p. 841–861, 2005.

KUNTSCHE, E. et al. Who drinks and why? A review of socio-demographic, personality, and contextual issues behind the drinking motives in young people. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 31, p. 1844–1857, 2006.

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C.S.; PINSKY, I.; CAETANO, R.; RIBEIRO, M.; MITSUHIRO, S. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012**. São Paulo: INPAD; 2013 [acesso em 10 janeiro 2013]. Disponível em: http://inpad.org.br/wpcontent/uploads/2013/04/LENAD_Resultados- Preliminares.pdf

LEE, C. M.; NEIGHBORS, C.; WOODS, B. A. Marijuana motives: Young adults' reasons for using marijuana. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 32, p. 1384–1394, 2007.

LEVITT, M. J. Attachment and close relationships: a life span perspective. In: GERWITZ, J. L.; KURTINES, W. M. **Intersections with attachment**. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1991.

LEVITT, M. J. Social Relations in Childhood and Adolescence: The Convoy Model Perspective. **Human Development**, Basel, v. 48, p. 28–47, 2005.

LEVITT, M. J. et al. Attachment relations and life transitions: An expectancy model. In: SPERLING, M. B.; BERMAN, W. H. (Eds.) **Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives** (p. 232-255). New York: Guilford Press, 1994.

MALBERGIER, A.; CARDOSO, L. R. D.; AMARAL, R. A. Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 678-688, 2012.

MALBERGIER, A. et al. Gender parity and drug use: are girls catching up with boys? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 16-23, 2012.

MALTA, D. C. et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 136-146, 2011.

MALTA, D. C. et al. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 166-177, 2011.

MARSDEN, P. V. Network data and measurement. **Annual Review of Sociology**, Palo Alto, v. 16, p. 435-63, 1990.

MASTEN, A.; GARMEZY, N. Risk, vulnerability and protective in developmental psychopathology. In: LAHEY, B.; KAZDIN, A. (Eds.), **Advances in clinical child psychology** (p. 1-52), New York, USA: Plenum Press, 1985.

MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E.; OISHI, J. O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, 2002.

MCMAHON, R. C.; KOUZEKANANI, K.; MALOW, R. M. A Comparative Study of Cocaine-Treatment Completers and Dropouts.

Apêndices

10. APÊNDICES

Representações dos Diagramas de Escolta dos demais adolescentes do estudo:

Carlos

Diego

Julia

Guilherme

Eduardo

Lucas

Douglas

Luiza

Bruno

Anexos

11. ANEXOS

ANEXO A – INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS e CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

Idade: Sexo:

Bairro em que mora:

Composição familiar (destacar quem reside na mesma casa e quem não):

Quem é o chefe da família:

Renda familiar aproximada:

Informações para análise de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil:

Posse de itens

	Não tem	T E M			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

Religião:

Estuda: S () N () Série em que estuda/ série em que parou:

Trabalha: S () N () Se SIM, em quê:

Cursos: S () N () Qual:

Ocupações/ atividades/ o que costuma fazer no dia a dia (*rotina, lazer, etc*):

Breve Histórico do uso de drogas (idade, qual droga, contexto, tratamento):

ANEXO B

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening (ASSIST)

Atividade: _____ Data: ____/____/____

Sexo: () M () F Idade: _____ Escolaridade _____

ASSIST – OMS

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

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

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

POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodka, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lolô)
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiete, cacto)
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
j. outras – especificar:

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

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

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

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

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) e não conseguiu?	NÃO NUNCA	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

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

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) ?	NÃO NUNCA	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção?(Apenas uso não médico)		
NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Estimulantes tipo anfetamina		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos / sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Nome:	
Endereço:	Cep:
Telefone:	E-mail:

ANEXO C – DIAGRAMA DA ESCOLTA

ANEXO D**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ADOLESCENTE)****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que pretende conhecer a rede de relacionamentos e de apoio de adolescentes que fazem uso de drogas. Gostaríamos que nos ajudasse a compreender como os adolescentes se relacionam e onde encontram apoio para diferentes situações da vida.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, não havendo nenhum custo ou benefício direto caso aceite participar. Gostaríamos que respondesse a algumas perguntas sobre você, sobre quais as pessoas com quem você convive e também sobre o uso de drogas, com duração de aproximadamente 40 minutos. Por não ser obrigatória sua participação, você pode desistir de participar a qualquer momento da pesquisa. Não haverá nenhum prejuízo a quem quiser contribuir e nem para quem se recusar a participar. Caso aceite participar, a entrevista será gravada para que a anotação das informações seja feita corretamente. Garantimos que a sua identidade será preservada e não será revelada na pesquisa. Os resultados poderão ser apresentados em congressos e a outros estudantes sem que saibam quem respondeu a pesquisa. Por ser um tema delicado, algumas questões podem causar certo desconforto. Caso você sinta necessidade de apoio psicológico, permaneço à disposição para conversar após a entrevista ou qualquer outro momento. Uma cópia assinada deste termo ficará com você. Eu, Gabriela, estou à disposição para esclarecer qualquer dúvida.

Gabriela P. Vasters

Eu, _____ (seu nome), RG _____ e data de nascimento __/__/__, recebi as informações acima e concordo em participar.

Ribeirão Preto,

Contatos:

Gabriela P. Vasters

Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. Avenida Bandeirantes, 3.900 – Ribeirão Preto/SP.

(16)3602-3427 – gabi_vasters@yahoo.com.br

ANEXO E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEIS)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este estudo será desenvolvido por uma aluna da Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto. A pesquisa pretende conhecer a rede de relacionamentos e de apoio de adolescentes que fazem uso de drogas. Gostaríamos que o adolescente nos ajudasse a compreender como eles se relacionam e onde encontram apoio para diferentes situações da vida. A participação do adolescente nesta pesquisa é voluntária, não havendo nenhum custo ou benefício direto caso aceite participar. Gostaríamos que respondesse a algumas perguntas sobre ele, sobre quais as pessoas com quem convive e também sobre o uso de drogas, com duração de aproximadamente 40 minutos. Outros jovens também serão entrevistados. As entrevistas serão gravadas para que a anotação das informações seja feita corretamente, mas garantimos que sua identidade e a do adolescente serão preservadas e não serão reveladas na pesquisa. Não haverá nenhum tipo de prejuízo para quem aceitar ou para quem se recusar a participar deste estudo. A participação do adolescente nesta pesquisa não é obrigatória, mas é muito importante, pois nos ajudará a compreender melhor sua rede de relações e apoio. Os dados poderão ser apresentados em congressos e a outros estudantes sem que saibam quem respondeu a pesquisa. Por ser um tema delicado, algumas questões podem causar certo desconforto. Caso haja necessidade de apoio psicológico ao jovem, permaneço à disposição para conversar após a entrevista ou qualquer outro momento. Uma cópia assinada deste termo ficará com você. Eu, Gabriela, estou à disposição para esclarecer qualquer dúvida.

Gabriela P.Vasters

Eu, _____(nome do responsável), RG _____, autorizo _____ (nome do jovem) a participar da pesquisa intitulada *“Redes de suporte social de adolescentes usuários de drogas atendidos em um serviço especializado ambulatorial”*.

Contatos: Gabriela P. Vasters. Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. Avenida Bandeirantes, 3.900 – Ribeirão Preto/SP - (16)3602-3427 – gabi_vasters@yahoo.com.br

ANEXO F

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 087/2011

Ribeirão Preto, 20 de abril de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 137ª Reunião Ordinária, realizada em 20 de abril de 2011.

Protocolo: nº 1254/2010

Projeto: REDES DE SUPORTE SOCIAL DE ADOLESCENTES
USUÁRIOS DE DROGAS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO
ESPECIALIZADO AMBULATORIAL.

Pesquisadores: Ana Maria Pimenta Carvalho
Gabriela Pereira Vasters

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Ana Maria Pimenta Carvalho
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP