

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**Ana Cláudia Wendt dos Santos**

**Uso de Álcool e Outras Drogas entre Jovens Órfãos cujos  
Pais Morreram de Aids na Cidade de São Paulo**

**São Paulo**

**2014**

Ana Cláudia Wendt dos Santos

**Uso de Álcool e Outras Drogas entre Jovens Órfãos cujos  
Pais Morreram de Aids na Cidade de São Paulo**

**(Versão Corrigida)**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de São Paulo para a obtenção do  
título de Doutora em Psicologia.

**Área de Concentração:** Psicologia Social

**Orientadora:** Dra. Vera S. F. Paiva

**São Paulo**

**2014**

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

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Santos, Ana Cláudia Wendt dos.

Uso de Álcool e Outras Drogas entre Jovens Órfão cujos Pais Morreram de Aids na Cidade de São Paulo / Ana Cláudia Wendt dos Santos; orientadora Vera Silvia Facciola Paiva – São Paulo, 2014.

198 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Aids. 2. Vulnerabilidade. 3. Jovens Órfãos. 4. Bebida Alcoólica. 5. Rede de Apoio Social. I. Título.

RC 114.8

SANTOS, Ana Cláudia Wendt dos

Uso de Álcool e Outras Drogas entre Jovens Órfãos cujos Pais Morreram de Aids na Cidade de São Paulo

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Aprovado em:

**Banca Examinadora**

**Profa. Dra. Vera Silvia Facciolla Paiva**

**Instituição: Universidade de São Paulo**

**Assinatura:\_\_\_\_\_**

**Profa. Dra. Ilana Mountian**

**Instituição: Universidade de São Paulo**

**Assinatura:\_\_\_\_\_**

**Profa. Dra. Daniela Ribeiro Schneider**

**Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina**

**Assinatura:\_\_\_\_\_**

**Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia**

**Instituição: Universidade Federal de São Carlos**

**Assinatura:\_\_\_\_\_**

**Profa. Dra. Cristiane Gonçalves da Silva**

**Instituição: Universidade Federal de São Paulo**

**Assinatura:\_\_\_\_\_**

## AGRADECIMENTOS

A todos os jovens entrevistados para esta pesquisa, que gentilmente aceitaram compartilhar suas dores, alegrias, esperanças e um pedaço de suas histórias de vida, o que me possibilitou construir esta tese de doutorado.

A minha mãe que com seu companheirismo, sua compreensão, seu carinho, sua atenção, sua paciência e sua força me forneceram a base sobre o qual eu pude me apoiar para vencer um dos momentos mais difíceis da minha vida, e com quem eu também tive a felicidade de compartilhar as ocasiões que me proporcionaram muita satisfação e alegria.

Ao meu pai, pelo incentivo constante para eu nunca parar de me aperfeiçoar profissionalmente.

Ao meu irmão André que, na medida do possível, me ofereceu apoio material e emocional para eu enfrentar e vencer esta etapa significativa de minha vida profissional.

Aos demais familiares que nunca me deixaram desanimar frente aos desafios.

À professora e doutora Daniela Schneider que nos meus momentos de dúvida e apreensão quanto à construção de um projeto de pesquisa que envolvesse a temática do uso de álcool e outras drogas, me prestou os esclarecimentos e as orientações que eu precisava para implementar um estudo nessa direção.

À Yone Fonseca, colega do doutorado e parceira imprescindível para a realização da pesquisa de campo deste estudo.

À Bruna Robba Lara que, quando trabalhava na secretaria do Nepaids, sempre me ajudou a solucionar com muita paciência e tranquilidade as questões burocráticas e administrativas inerentes ao processo de doutoramento.

Ao doutor Ivan França Junior, às doutoras Cláudia Barros e Eliana Zucchi e à mestre Andrea Ferrara que me auxiliaram a obter todos os dados relativos aos jovens convidados para fazer parte deste estudo e, ainda, pelo comprometimento, competência e seriedade com que participaram da construção e realização das oficinas devolutivas dos resultados alcançados com a pesquisa original e com este trabalho.

Aos demais colegas do mestrado e doutorado em Psicologia Social que durante as reuniões de orientação deram contribuições valiosas para a realização deste estudo.

À professora e doutora Belinda Mandelbaum pelo incentivo a minha candidatura para realizar intercâmbio no Birkbeck College – University of London e pelo apoio dado enquanto eu estudava na instituição.

Ao Birkbeck College – University of London que me acolheu e me deu toda a ajuda necessária para que meus estudos fossem os mais proveitosos possíveis.

À minha orientadora, professora e doutora Vera S. F. Paiva, por ter acreditado na minha capacidade intelectual e no meu projeto de estudo e, em função disso, ter sempre exigido o meu esforço para superar meus limites e dificuldades. Com esse incentivo, eu pude evoluir tanto como pesquisadora quanto como psicóloga, especialmente na compreensão das dimensões individuais, sociais e programáticas envolvidas nas relações humanas.

À FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo) pela concessão da bolsa de doutorado e pelo apoio financeiro que possibilitou que eu me dedicasse exclusivamente à realização e conclusão deste estudo.

## RESUMO

SANTOS, A. C. W. dos. **Uso de Álcool e Outras Drogas entre Jovens Órfãos cujos Pais Morreram de Aids na Cidade de São Paulo**. 198 f. 2014. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

A presente tese almejou investigar o uso abusivo de álcool e outras drogas nos domicílios onde hoje vivem jovens cujos pais (um ou ambos) morreram em decorrência da Aids, e compõe um subprojeto de seguimento da pesquisa intitulada “Estigma e Discriminação Relacionados ao HIV/AIDS: Impactos da Epidemia em Crianças e Jovens na Cidade de São Paulo”. O estudo de seguimento foi de natureza exploratório-descritiva e incluiu dez jovens (de idade entre 15 a 24 anos) de ambos os sexos, cujas famílias são residentes nas Zonas Noroeste e Oeste e que participaram da pesquisa anterior. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com base em questionários. Como resultado, observou-se que o contexto e a rede de relações em que os jovens participantes estavam inseridos conseguiram preservá-los de fazerem o consumo prejudicial de bebida alcoólica e de usarem outras drogas. Portanto, a orfandade em si não se destacou como um fator determinante para o aumento da vulnerabilidade a este agravo no grupo estudado. Nos domicílios visitados, apenas uma jovem poderia ser considerada usuária abusiva de bebida alcoólica que foi, então, convidada a participar de um estudo de caso. No total, cinco entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com ela tomando como ponto de partida a construção de seu Mapa de Redes. Para a análise dos dados foi utilizado quadro da Vulnerabilidade e da Abordagem Psicossocial e a teoria de Redes de Apoio Social. No estudo de caso, pode-se observar que a orfandade de pai e de mãe, somada ao afastamento dos integrantes de sua rede familiar; ao receio do estigma e da discriminação por ter pais que morreram devido à Aids; a impossibilidade de acessar um apoio psicossocial para lidar com sua solidão; ao desemprego, entre outras situações, serviram para ampliar a vulnerabilidade da jovem ao uso prejudicial de bebida alcoólica. Observou-se que os encontros e as conversas estimuladas pela compreensão da rede de apoio social de um indivíduo podem contribuir para o esclarecimento de contextos raramente incluídos em outros quadros conceituais que tratam do consumo prejudicial de álcool e outras drogas. O uso do Mapa de Redes permitiu à jovem entrevistada resgatar e reforçar o vínculo com os integrantes da rede de apoio social (rede familiar, de amigos, vínculos no novo emprego) considerados como importantes mediações para concretizar seus planos para o futuro. Contribuiu, ainda, para mitigar sua vulnerabilidade individual ao uso prejudicial de bebida alcoólica nos momentos de sofrimento. Em acréscimo a outras metodologias desenvolvidas com base no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos, acredita-se que a referida abordagem estimula o desenvolvimento de reflexões relevantes para a formulação de políticas públicas condizentes com as necessidades expressas pelos jovens estudados. Desse modo, espera-se que a continuidade desse esforço permita construir ações que previnam e suprimam as circunstâncias que expõe as pessoas a situações de vulnerabilidade ao uso prejudicial e à dependência de bebida alcoólica e outras drogas, e que forneça subsídios importantes para os profissionais que atendem aquelas que buscam e se encontram em tratamento.

**Palavras-chave:** Aids. Vulnerabilidade. Jovens Órfãos. Bebida Alcoólica. Rede de Apoio Social.

## ABSTRACT

SANTOS, A. C. W. dos. **Alcohol and Use of Other Drugs Among Young Orphans whose Parents Died of Aids in the City of São Paulo.** 198 pp. 2014. Thesis (Doctorate) – Institute of Psychology, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

The present doctoral thesis was aimed at investigating the overuse of alcohol and other drugs in houses where youngsters live today, whose parents (one or both) have died as a consequence of Aids, and consists of a subproject belonging to a broader research entitled “Stigma and Discrimination Related to HIV/AIDS: Impacts of the Epidemic on Children and Youngsters in the city of São Paulo”. The study had an exploratory-descriptive nature. Ten male and female youngsters participated in the study (with an age range of 15 to 24 years old), whose families live in the Northwest and West areas of the city and who participated in previous research. Data was collected through questionnaire-based interviews. Results pointed out to the fact that the context and the relations network in which the young participants were inserted succeeded in preventing them from overusing alcohol and other drugs. Moreover, being an orphan per se only was not seen as a key factor to the increase in terms of vulnerability in the group studied. In the houses visited, one female youngster could be considered an abusive alcoholic, upon which a case study was built. Overall, five semi-structured interviews were carried out, which have allowed to build up her network map. For content analysis purposes, interpretation of the framework of Vulnerability and Psychosocial Approach and Social Support Network Theory was used. In the case study, being orphan per se, as well as the detachment from her family, the fear of stigma, the discrimination for having parents who died of Aids, the lack of access to support, unemployment, among others, were seen as determining factors to increase her vulnerability and abusive use of alcohol. It was evident that the meetings and the talks stimulated by the social support network can contribute to contexts that are often times not included in other theoretical frameworks dealing with overuse of alcohol and other drugs. The Network Map allowed the female youngster to recover and strengthen the attachment with the members of her social support network (family, friends, and attachments in her new job), which are important mediations to help make her future plans come true. It also mitigated her individual vulnerability in relation to the overuse of alcohol in grieving moments. In addition to other methodologies developed on the basis of the framework of vulnerability and human rights, it is believed that such an approach fosters the development of relevant reflections as regards public policies that can tackle the reality of those studied youngsters. Thus, it is hoped that such an effort be everlasting so as to take actions that can prevent and suppress circumstances that are capable of increasing their vulnerability in terms of drug overuse and their dependence on alcohol and other drugs, thus providing important foundation for professionals that deal with people seeking or in treatment.

**Keywords:** Aids. Vulnerability. Young Orphans. Alcohol. Social Networking Support.



## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b> .....	13
<b>1.1 A Epidemia da Aids</b> .....	13
1.1.1 Famílias Afetadas pela Aids e a Orfandade .....	16
<b>1.2 Uso de Álcool e Outras Drogas</b> .....	22
1.2.1 Padrão de Consumo de Álcool.....	24
1.2.2 O Uso de Bebidas Alcoólicas e seu Impacto na Saúde .....	27
1.2.3 O Uso de Bebida Alcoólica pela População Brasileira .....	30
1.2.4 Política para o Uso de Álcool e Outras Drogas no Brasil .....	35
1.2.5 Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas .....	41
1.2.6 Prevenção ao Uso Abusivo e a Dependência de Álcool .....	43
1.2.7 Rede de Assistência ao Usuário de Álcool e Outras Drogas .....	46
1.2.8 Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) .....	47
<b>1.3 A Rede de Apoio Social</b> .....	51
1.3.1 Origem da Análise das Redes de Apoio Social .....	53
1.3.2 Rede de Apoio Social e Saúde .....	56
<b>2. Contexto do Estudo</b> .....	61
<b>3. Objetivos</b> .....	72
3.1 Objetivo Geral.....	72
3.2 Objetivos Específicos .....	72
<b>4. Método</b> .....	72
4.1 Participantes.....	72
4.2 Instrumentos .....	73
<b>5. Aspectos Éticos</b> .....	86
<b>6. Dificuldades Encontradas no Estudo</b> .....	88
<b>7. Quadro de Análise dos Resultados</b> .....	90
7.1 O Quadro da Vulnerabilidade e a Abordagem Psicossocial.....	90
<b>8. Resultados</b> .....	98
8.1 Contexto Onde Viviam os Jovens Entrevistados .....	100
8.2 Dados Relativos à Aplicação dos Questionários .....	103
8.3 Discussão sobre os Temas Abordados no Questionário.....	111

8.4 A Jovem Edith: “Família é tudo!” .....	122
8.4.1 “Bebo para ficar sossegada e mais alegre”: o uso de álcool e outras drogas.....	126
8.4.2 Discussão dos Temas Adordados no Questionário: A Jovem Edith .....	128
8.4.3 A Construção do Mapa de Redes como um Recurso Psicossocial .....	133
<b>9. Considerações Finais</b> .....	147
<b>10. Referências Bibliográficas</b> .....	155
<b>Anexo 1</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	164
<b>Anexo 2</b> – Questionário .....	167
<b>Anexo 3</b> – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada.....	197

## **Apresentação**

Quando submeti minha candidatura a uma vaga no doutorado em Psicologia Social da Universidade de São Paulo (USP), eu objetivava investigar como a rede familiar interferia no tratamento de usuários abusivos de álcool e outras drogas para lidar com a dependência de substâncias psicoativas. Atuei como psicóloga clínica durante seis anos e já tinha constatado na prática a importância da família tanto no processo de adoecimento como na recuperação dos pacientes em tratamento. No entanto, me chamava atenção a pouca ênfase que era dada a essa rede de relações como um fator determinante para se estudar e intervir em casos de uso abusivo de álcool e outras drogas nas pesquisas sobre o tema. Assim, construí um projeto com a pretensão de investigar e chamar a atenção para este fato.

Após ser aprovada no doutorado, em uma reunião com minha orientadora que contou com a presença de seus outros alunos de mestrado e doutorado, identificou-se que meu projeto de pesquisa, do modo como tinha sido elaborado, estaria melhor colocado na área da Psicologia Clínica e não na Psicologia Social. A abordagem implementada pelo NEPAIDS (Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids) direciona suas investigações para a identificação das determinantes individuais, sociais e programáticas de contextos de vulnerabilidade a certos agravos dentro do quadro de análise dos direitos humanos, o que permite o enfoque psicossocial na saúde. Sendo assim, me coloquei entre duas opções: continuar com meu projeto original sob a responsabilidade de um professor da área de Psicologia Clínica, ou reescrevê-lo de modo a contemplar questões acerca do uso de álcool e outras drogas que não puderam ser investigadas em outro estudo implementado pela professora Vera Paiva e o professor e doutor Ivan França-Junior, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, entre jovens órfãos da Aids da cidade de São Paulo (este estudo será melhor descrito na sequência desta tese).

Neste último caso, seria possível trazer à tona a construção psicossocial do consumo abusivo e da dependência de bebida alcoólica e outras drogas, o que tornaria a pesquisa mais complexa e voltada para uma perspectiva sobre a temática bastante diferenciada do que eu já havia estudado até o momento. Estimulada pelo desafio que essa nova proposta apontava e também por considerar uma oportunidade para ampliar e aprimorar meu conhecimento e minha prática profissional, aceitei investigar o tema do uso abusivo de álcool e outras drogas entre jovens órfãos da Aids.

Considero que tomar esta decisão foi uma escolha acertada, pois viabilizou meu aperfeiçoamento como pesquisadora e psicóloga, ao conseguir compreender como intervir sobre um indivíduo ou grupo de modo a viabilizar a superação de suas dificuldades. A partir da Psicologia Social, especialmente o enfoque no quadro da vulnerabilidade e com o recurso das redes de apoio social, pude verificar que o plano individual articula-se e está imbricado com o social, que por sua vez articula-se e está imbricado com o programático, que interfere no plano individual e social. Ou seja, a presença ou ausência de programas ampliam ou diminuem a vulnerabilidade em seus diversos níveis. Enfim, trata-se de um tecido onde fatores individuais, sociais e programáticos compõem sua textura, e em cada um destes níveis é possível identificar a rede de apoio que a pessoa pode mobilizar e o que as instituições e a sociedade são capazes de oferecer para que consiga concretizar seu projeto de vida da melhor forma possível.

Espero que esta tese possa expressar o conhecimento adquirido, além de meu empenho e comprometimento com o estudo implementado, assim como o de minha orientadora e de outros colegas do mestrado e do doutorado que me ajudaram nesta jornada.

## **1. Introdução**

### **1.1 A Epidemia da Aids**

Nas últimas décadas pode-se observar no Brasil e no resto do mundo alguns ganhos no contexto da epidemia de HIV/Aids (Human Immunodeficiency Virus Infection/Acquired Immunodeficiency Syndrome). De acordo com a United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS, 2012), mais pessoas iniciaram a terapia anti-retroviral<sup>1</sup> no ano de 2011 do que em qualquer ano anterior, com o aumento de 21% no número de pessoas que vivem com o HIV recebendo tratamento em comparação com o ano de 2010. Também houve a redução no número de adultos e crianças infectadas com o HIV e no número de pessoas que morrem de causas relacionadas com a Aids. No ano de 2011 a queda foi de 24% no número de mortes em todo o mundo devido à doença em comparação o ano de 2005 (UNAIDS, 2012). Ainda segundo a UNAIDS (2004), o Brasil foi um dos países que conseguiu reduzir as taxas de infecção ao HIV, ao investir em campanhas de sensibilização na mídia sobre a Aids, em programas de redução de danos para usuários de drogas injetáveis, programas de mudança de comportamento voltados aos trabalhadores do sexo e aos homens que fazem sexo com outros homens, assim como promover a testagem e o aconselhamento voluntários, incluindo, assim que foi validado, o acesso universal a terapia antirretroviral. O tratamento antirretroviral também contribuiu para uma queda de 50% nas taxas de mortalidade devido à Aids, além de uma redução de 60-80% na taxa de morbidade e de 70% nas internações entre as pessoas HIV-positivas (UNAIDS, 2012).

No entanto, isso não significa que a epidemia da Aids esteja sendo totalmente revertida: ela continua dinâmica e explorando todas as oportunidades de transmissão, muitas

---

<sup>1</sup> Terapia para tratamento e tentativa de eliminação do organismo de um retrovírus. O HIV é o retrovírus mais famoso. O principal objetivo da terapia anti-retroviral é com a inibição da replicação viral, retardar a progressão da imunodeficiência e restaurar a imunidade do indivíduo, de forma a aumentar o tempo e a qualidade de vida da pessoa que vive com HIV/Aids.

Fonte: <http://www.portaleducacao.com.br/farmacia/artigos/7829/terapia-anti-retroviral#ixzz2MbQqg5gQ>

vezes destruindo a vida das pessoas e danificando toda a conjuntura social. Conforme dados da UNAIDS (2012), até o final do ano de 2011 eram cerca de 34 milhões de pessoas que viviam com o HIV no mundo, por volta de 0,8% dos adultos com idades entre 15-49 anos. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2008), do ano de 1980 a junho de 2008, foram notificados no país 506.499 casos de Aids e de 1980 a 2007 faleceram 205.409 pessoas devido a complicações por causa da doença.

Além disso, conforme os estudos da UNAIDS (2012) houve um declínio no uso do preservativo, um dos elementos chaves para se reduzir a transmissão sexual do HIV. A demanda por preservativos para se proteger contra a infecção pelo HIV pode ser afetada por fatores tais como: o entendimento de que as consequências da infecção pelo vírus não são tão devastadoras, principalmente para uma geração de pessoas em que a terapia antirretroviral se mostrou eficaz; a percepção de que os riscos são menores por causa de intervenções como a circuncisão masculina ou a profilaxia após a exposição ao vírus; a crença de que o parceiro que recebe terapia antirretroviral tem menos possibilidade de infectá-lo com o HIV. Também existem lacunas significativas em relação ao conhecimento básico sobre HIV e como ocorre a sua transmissão.

De acordo com a UNAIDS (2004, 2012) e Yaro e Dougnon (2003), o estigma e a discriminação ainda existentes e associados à doença igualmente prejudicam a total eficácia da resposta a Aids, pois formam uma barreira importante para as pessoas fazerem o teste de HIV, assim como afetam diretamente a probabilidade de tomarem atitudes de prevenção. As mulheres, por exemplo, podem hesitar em fazer o teste de HIV ou não voltar para pegar o resultado, porque têm medo que a divulgação de seu status sorológico positivo resulte em violência física e na expulsão de casa, na falta de apoio da família ou no ostracismo social. Muitas vezes, pessoas que tem HIV e/ou perderam seus maridos e suas esposas para a Aids sofrem isolamento social e recebem pouco apoio econômico, sendo que as mulheres

geralmente tem que cuidar sozinhas de seus filhos e de outros órfãos. As mulheres e meninas também arcam com o ônus da epidemia de outras formas: elas são as principais cuidadoras das pessoas doentes e são as mais propensas a perderem o emprego, a diminuir de renda e a escolaridade. Ainda conforme o apontado pela UNAIDS (2004, 2012), cabe acrescentar que as pessoas que são estigmatizadas como os usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas, os presidiários, profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens, também são, via de regra, ignorados pelos programas de prevenção a Aids e promoção da saúde.

Quanto à mortalidade por HIV/Aids, a UNAIDS (2004) constatou que o impacto do HIV na mortalidade do adulto é maior sobre as pessoas que tem entre vinte e trinta anos de idade, e é proporcionalmente maior nas mulheres do que nos homens. Em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, as taxas de mortalidade de pessoas entre 15-49 anos de idade que vivem com HIV são até 20 vezes maior do que as taxas de mortalidade para pessoas vivendo com HIV em países desenvolvidos, o que reflete, entre outras coisas, as diferenças no acesso à terapia antirretroviral (UNAIDS, 2012). Somado a isso, no Brasil, a percentagem de mulheres grávidas que vivem com o HIV e que receberam terapia antirretroviral no ano de 2011 foi de 30%, número inferior a cobertura estimada para todos os adultos elegíveis para receberem a terapia no mesmo período, que foi de 54%. Desse modo, conforme reportado pela UNAIDS (2012), apesar de avaliações recentes sugerirem que as mortes relacionadas com a gravidez entre as mulheres vivendo com HIV diminuíram de 46 000 no ano de 2005 para cerca de 37 000 em 2010, ainda é necessário um grande esforço para garantir que as mulheres grávidas testadas para o HIV durante o pré-natal tenham acesso à terapia antirretroviral.

### **1.1.1 Famílias Afetadas pela Aids e a Orfandade**

Antes de tratar acerca das famílias afetadas pela Aids e a orfandade, considera-se relevante definir o que este estudo entende por família. Carter e McGoldrick (1995) conceituam família como um grupo constituído por pelo menos três, e agora frequentemente quatro gerações (pais, avós, netos, bisnetos). Ainda segundo referidas autoras, a família tem uma estrutura e uma dinâmica próprias, onde é possível encontrar regras acerca de como seus integrantes devem se comportar e as funções que cada um deve exercer tanto entre seus membros, quanto com outros sistemas que estão em interação. Em função disso, cada grupo familiar possui uma configuração, uma dinâmica e um tipo de funcionamento que lhe são característicos devido a diversos fatores, tais como: a entrada e saída de seus membros (nascimento de um filho, separação); da alteração nas relações de poder entre seus integrantes; nos tipos de funções que são assumidos por eles (cuidador, agregador); na modificação da comunicação estabelecida, entre outros. Entretanto, ressaltam que a família é um sistema aberto, em constante troca com o meio social, comunitário, cultural, etc. ao qual pertence e, portanto, em contínua transformação.

Tendo isso em conta, estudos como os de Beegle, De Weerd e Dercon (2006), Foster e Williamson (2000), Mishra, Arnold, Ozieno, Cron e Hong (2007), UNAIDS (2004) e Yaro e Dougnon (2003) mostram que a Aids faz com que as famílias afetadas pelo adoecimento e pela morte de um de seus integrantes sofram uma queda significativa na renda econômica, principalmente se ele(a) era o(a) principal provedor(a) da casa. O declínio na renda econômica pode ocorrer em função dos custos médicos advindos do tratamento do doente, pois, em média, estes cuidados podem absorver um terços das despesas mensais da renda familiar, quando o sistema de saúde não provê o tratamento. Segundo os estudos mencionados, o adulto que se torna responsável pela família após a morte do companheiro também pode ter opções limitadas de emprego e depender do recebimento de baixos salários



ou de exercer atividades informais para melhorar o ordenado. Além disso, em função dos cuidados necessários aos que desenvolveram a doença e, especialmente, em caso de morte do principal provedor familiar, geralmente retira-se os filhos da escola para ajudar no cuidado ao doente e nas tarefas domésticas (papel normalmente cumprido pelas meninas) ou para ser inserido no mercado de trabalho (o que ocorre na maior parte das vezes com os meninos).

As famílias mais pobres são as que sofrem maior risco de perder a sua viabilidade econômica e social, e de, eventualmente, serem obrigadas a dissolverem-se, com as crianças tendo que migrar para outros domicílios. Desse modo, pode-se dizer que o aumento da sobrevivência de pacientes com Aids necessariamente não se traduziu em melhor qualidade de vida para os mesmos ou para seus familiares (Beegle, De Weerd & Dercon, 2006; Ferrara, 2009; Foster & Williamson, 2000; Mishra Arnold, Ozieno, Cron & Hong, 2007; Tshweneagae, Wright & Hoffmann, 2010; UNAIDS, 2004; Yaro & Dougnon, 2003).

No caso de órfãos devido à Aids (órfão definido como a criança com idade inferior a 18 anos em que pelo menos um dos pais faleceu), Beegle, De Weerd e Dercon (2006), Foster (2002), UNAIDS (2004), UNAIDS, UNICEF e USAID<sup>2</sup> (2004) mostram que se trata de um assunto de grande relevância na literatura internacional pelo impacto social, econômico e psicológico que pode gerar na população, pois além de sofrerem a tragédia de perder um ou ambos os pais para a doença, crianças e jovens órfãs devido à Aids podem crescer em circunstâncias traumáticas, sem o apoio e cuidado da rede familiar.

Segundo o relatório da UNAIDS (2004), estimava-se que até o final do ano de 2003 haveria cerca de 143 milhões de órfãos entre 0 a 17 anos de idade em 93 países da África Sub Saariana, Ásia, América Latina e Caribe. Apenas na América Latina e no Caribe havia por volta de 12,4 milhões de órfãos no mesmo período. No Brasil, uma pesquisa feita por Doring e colaboradores (2005) em Porto Alegre (RS), identificou que 9 de cada 10 pessoas falecidas

---

<sup>2</sup> UNICEF – United Nations Children’s Fund  
USAID – United States Agency for International Development

devido à Aids tinham filhos menores de 15 anos de idade. Assim, UNAIDS (2004), UNAIDS, UNICEF e USAID (2004) destacam que a quantidade de órfãos devido à Aids poderá crescer se os pais com a doença não receberem acesso a tratamento para prolongar a vida e a população em geral não tiver acesso aos serviços de prevenção ao HIV.

Outro aspecto que preocupa é a negligência existente em relação às crianças órfãs devido à Aids. Os estudos de Foster (2002) Foster e Williamson (2000), UNAIDS (2004), UNAIDS, UNICEF e USAID (2004) reportam que dos países com epidemias generalizadas de HIV, 39% não têm uma política nacional para fornecer apoio essencial para essas crianças e 25% não têm sequer planos de fazer algo a respeito. Políticas nacionais têm sentido quando há o compromisso em transformá-las em ações práticas, e para limitar o impacto da Aids sobre a vida social e econômica das comunidades e dos países é imperativo que as crianças órfãs sejam efetivamente cuidadas.

A morte por Aids dos pais, por exemplo, constitui-se em um obstáculo significativo para as crianças alcançarem o acesso à educação. A epidemia, segundo Beegle, De Weerd e Derco (2006), Ferrara (2009), Foster (2002) Foster e Williamson (2000), Mishra *et al.* (2007), Tshweneagae, Wright e Hoffmann (2010), UNAIDS (2004), UNAIDS, UNICEF e USAID (2004) e Yaro e Dougnon (2003), promove a evasão de crianças e jovens do colégio, já que muitas delas têm que faltar frequentemente à aula ou precisam abandonar os estudos para ajudar às famílias no cuidado com o doente, ou nos afazeres domésticos, ou para trabalhar e gerar mais renda à família, o que pode levá-las a ter baixo desempenho escolar e até mesmo a serem expulsas do colégio. Conforme os autores acima citados, fatores como o nível educacional da mãe e o rendimento econômico familiar contribuiriam para a baixa frequência às aulas e a desistência dessas crianças em continuar os estudos. No entanto, poucos países estão avaliando o impacto da epidemia sobre o sistema de ensino e tomando as medidas apropriadas para evitar os danos que isso provoca. Continuar na escola, entre outras coisas,

oferece a toda criança melhores chances de escaparem da pobreza extrema e dos riscos associados.

Assim, a Aids afeta as crianças órfãs já quando um de seus pais ou ambos é infectado pelo HIV e este impacto continua através da evolução da doença até a morte de um ou ambos os pais. Segundo as pesquisas de Beegle, De Weerd e Dercon (2006), Foster (2002), Foster e Williamson (2000), Mishra *et al.* (2007), Onuoha e Munakata (2010), Tshweneagae, Wright e Hoffmann (2010), UNAIDS, UNICEF e USAID (2004) e, uma das particularidades da orfandade neste contexto é que quando um dos pais está infectado pelo HIV, a probabilidade de o outro igualmente estar infectado pelo vírus é grande. Com isso, essas crianças às vezes perdem ambos os pais em uma sucessão muito rápida de tempo, sendo que uma das experiências que causam maior impacto e estresse na pessoa é a morte de um dos pais e, com mais intensidade, quando ocorre a de ambos. De acordo com essas pesquisas, o sofrimento é agravado por terem que se separar dos irmãos, ou seja, quando ocorre a morte de um dos pais – principalmente a mãe – ou de ambos, às vezes crianças e jovens são enviados para morarem com outros parentes como forma de dividir os encargos econômicos e os cuidados em criá-los.

Ocorre, ainda, de crianças e jovens órfãos devido à Aids sofrerem maior estigma e discriminação social devido ao motivo da morte parental do que órfãos que perderam os pais por outra razão (Beegle, De Weerd & Dercon, 2006; Ferrara, 2009; Foster, 2002; Onuoha & Munakata, 2010; Yaro & Dougnon, 2003). Com tudo isso, de acordo com Beegle, De Weerd e Dercon (2006), Foster (2002) e Onuoha e Munakata (2010), muitas dessas crianças e muitos desses jovens experimentam depressão, ira, ansiedade, culpa e medo com relação ao futuro. Essas experiências podem levar ao desenvolvimento de problemas psicológicos como síndrome de estresse pós-traumático, ao uso abusivo de bebida alcoólica e outras drogas, a intensa agressividade e até mesmo ao suicídio.

Os estudos (Beegle, De Weerd & Dercon, 2006; Ferrara, 2009; Foster, 2002; Onuoha & Munakata, 2010; Tshweneagae, Wright & Hoffmann, 2010; UNAIDS, 2004; UNAIDS, UNICEF & USAID, 2004) apontam, também, que a morte de um pai ou de ambos pode privar a criança da aprendizagem de valores e de outros elementos fundamentais para se tornarem adultos socialmente e economicamente produtivos. Quando não podem mais viver com suas famílias, sem o ambiente de proteção de sua casa, crianças e jovens órfãos igualmente enfrentam um maior risco de sofrerem violência, exploração e abuso. Elas podem ser maltratadas por seus tutores e destituídas de seu direito à herança e as propriedades deixadas pelos pais.

Conforme os estudos acima mencionados, muitas têm dificuldade em obter assistência médica, psicológica e serviços jurídicos, além de serem mais propensas a desnutrição, a terem baixo peso ou baixa estatura para a sua idade em comparação com as crianças que não são órfãs. Acontece igualmente no caso da Aids de crianças e jovens serem excluídos pelos colegas e/ou amigos da escola/bairro quando estes descobrem o motivo da morte de seu pai/mãe. Em situações mais dramáticas, crianças podem ser seqüestradas e inscritas como soldados ou levadas a executarem trabalhos extenuantes, a fazerem sexo ou a viverem nas ruas, o que também aumenta a sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV, produzindo duas e até três gerações afetadas pelo vírus.

Beegle, De Weerd & Dercon (2006) e Franco e Mazorra (2007) também salientam que é preciso ter em conta que a morte de um dos pais ou de ambos devido à Aids afeta crianças e adolescentes singularmente de formas diferentes, ou seja, sobre como reagirá à morte parental e como se afetará com relação às possíveis consequências deste acontecimento dependendo de fatores tais como: o tipo de orfandade (de pai ou mãe ou de ambos); o tempo de orfandade; a idade que tinha na época do ocorrido; o contexto social em que viviam no momento da morte; sua etnia; seu gênero; sua crença religiosa; o saber que tinha constituído

sobre a morte, ou seja, sua história pessoal em relação a tal fenômeno; como a morte ocorreu (se foi esperada; repentina, etc.); como era a relação da criança ou do adolescente com a pessoa que morreu, entre outros. Todos esses fatores também determinam o tipo de suporte e de proteção que receberão e as garantias de que terão de uma vida saudável e um futuro produtivo.

Não obstante, Foster (2002), Tshweneagae, Wright e Hoffmann (2010), UNAIDS (2004), UNAIDS, UNICEF e USAID (2004) reportam que a maioria das políticas públicas, dos programas e da literatura sobre os órfãos devido ao HIV/Aids tendem a considerá-las como um grupo homogêneo e indiferenciado. Desse modo, os dados e as recomendações de programas voltados a essas pessoas muitas vezes ignoram os aspectos físicos, cognitivos, as diferenças emocionais e psicossociais que caracterizam essas crianças e adolescentes nos diferentes estágios do desenvolvimento, o que compromete a efetividade das ações criadas para atendê-los.

Somado a isso, conforme pesquisa realizada por Oliveira *et al.* (2006) na cidade de São Paulo, quando os órfãos não são infectados pelo vírus HIV, eles têm pouca atenção dos serviços de assistência especializados em DST/AIDS e são atendidos apenas em casos especiais. Assim, o que se constata é que crianças e jovens órfãos devido à Aids pode constituir um grupo especialmente vulnerável na ausência de um programa voltado a atender suas necessidades e que exige maior atenção das políticas públicas no sentido de promover a qualidade de vida dos mesmos, pois, como relatado acima, tendem a se encontrar em situação de vulnerabilidade econômica; são suscetíveis de viverem situações de estigma e discriminação relacionados à doença; costumam a ser invisíveis para os serviços de saúde e educação, e, finalmente, pelo fato de no Brasil ainda não existirem ações que respondam às suas necessidades.

A Aids e o uso de álcool e outras drogas são temas que se articulam e são várias as abordagens utilizadas para se pensar a questão. Assim, na sequência será colocado o posicionamento deste estudo a respeito do assunto.

## **1.2 Uso de Álcool e Outras Drogas**

O uso de substâncias psicoativas faz parte da própria história da humanidade. No século X a.C., na Antiga Grécia, o ópio (substâncias extraída da planta *Papoula*) era usado como remédio. Por volta de 1500 a.C. os egípcios usavam o cânhamo para se aliviarem das preocupações, do cansaço e da fome, enquanto que os assírios o utilizavam em rituais religiosos e como anestésico. Há também registros de uso da maconha (produzida a partir da planta *Cannabis Sativa*) para fins religiosos e medicamentosos no Antigo Oriente (China e Índia) (Moraes, 2008). A coca era conhecida e utilizada desde 600 a.C. na América do Sul, onde folhas da planta foram achadas em sarcófagos de múmias de índios da região. No entanto, a cocaína foi somente sintetizada no ano de 1860. Anos depois, Sigmund Freud passou a prescrevê-la para tratar pacientes ansiosos e depressivos (Nunes & Jóllunskin 2007). O consumo de bebida alcoólica já ocorria no ano 8.000 a.C. (período neolítico), mas ela só foi largamente utilizada na Europa Ocidental depois da Revolução Industrial como forma de os trabalhadores abrandarem suas pesadas cargas de trabalho (Brasiliano, 2005; Lima, 2009). As drogas sintéticas (produzidas em laboratório, como o *ecstasy*) são bem mais recentes, surgiram na década de 1980. Desse modo, é possível identificar o consumo de álcool e outras drogas nas mais diversas épocas, culturas e nos mais diversos tipos de sociedades, assim como para várias finalidades, como rituais religiosos/pagãos e para fins recreativos e medicinais (cura, tratamento da dor) (Alves, 2009; Brasiliano, 2005; Gonçalves, 2008; Lima, 2009; Moraes, 2008; Nunes & Jóllunskin, 2007).

Estudos como os de Alves (2009), Brasiliano (2005), Gonçalves (2008), Moraes (2008) também descrevem que nos seus primórdios, o uso de álcool e outras drogas era feito de forma esporádica e por grupos específicos. Na atualidade sua utilização tornou-se generalizada e endêmica em várias camadas sociais, em diversos países e especialmente entre os jovens. Além disso, os autores destacam que a concepção sobre o consumo abusivo e a dependência de álcool e outras drogas se transformou recentemente: de uma ação considerada pecaminosa, passou a ser tratada como doença (o alcoolismo foi definido como doença no século XVIII). Portanto, as alterações que ocorreram na história da humanidade no modo de consumir álcool e outras drogas e de se relacionar com este consumo se deram devido à influência de fatores históricos, sociais, econômicos, culturais, entre outros.

Atualmente, o consumo de álcool e outras drogas têm sido associados à procura da pessoa por prazer ou para o alívio do sofrimento físico e psicológico ao qual o mesmo encontra-se submetido. Vários estudos (Alves, 2009; Brasil, 2003; Gonçalves, 2008; Marques & Ribeiro, 2006; Souza, Kantorski & Mielke, 2006; WHO, 2011) destacam o fato de que o uso de tais substâncias transformou-se em uma preocupação à saúde pública mundial em função do aumento de seu consumo pela população em geral e devido ao fato de seu uso prejudicial e sua dependência gerarem consequências físicas, psicológicas, sociais, econômicas, entre outras, negativas as pessoas que as consomem e àqueles que se encontram ao seu redor. A grande intensidade do consumo dessas substâncias e as consequências que geram variam de pessoa para pessoa, mas podem causar algum transtorno. O desafio em muitos países hoje é a contenção do uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas e a prevenção desse problema para que mais pessoas não venham a sofrer com as sequelas que podem produzir.

De interesse especial deste estudo, será discutida a seguir a perspectiva sobre o consumo de álcool.

### 1.2.1 Padrão de Consumo de Álcool

A Classificação quanto ao padrão de consumo de álcool é feita conforme a frequência com que a pessoa consome estas substâncias:

a) quando o consumo de bebida alcoólica é feito em doses que podem levar a ocorrência de acidentes, brigas, além de provocar dano efetivo à saúde física e psicológica do usuário, é caracterizado como **uso nocivo, abusivo** ou **prejudicial** da substância (Costa *et al.*, 2008; Marques & Ribeiro, 2006; Moretti-Pires, 2009; WHO, 2011).

b) já a **dependência** de álcool, igualmente chamada de alcoolismo ou de síndrome de dependência do álcool, é qualificada como o uso frequente, compulsivo (vontade incontrolável de usar a substância; a pessoa não sabe controlar quando começar e parar de consumir a bebida) para evitar os sintomas advindos da abstinência do produto, além de gerar problemas físicos, psicológicos e sociais. Na dependência de álcool, a pessoa precisa de doses cada vez maiores da substância para produzir os efeitos que conseguia ao ingerir poucas doses, ou seja, há o aumento da tolerância à bebida. A dependência de álcool igualmente implica na persistência no seu uso apesar das consequências prejudiciais que provoca. Nessa situação, prioriza-se o consumo do produto em detrimento de outros compromissos ou de outras tarefas que antes eram valorizadas pela pessoa. Assim, o uso de bebida alcoólica é feito não mais em locais socialmente determinados para tal comportamento, mas pode acontecer no trabalho, na escola, entre outros (Costa *et al.*, 2008; Marques & Ribeiro, 2006; Moretti-Pires, 2009; WHO, 2011).

c) se a pessoa consome poucas doses de bebida alcoólica, este **consumo** é considerado **de baixo risco**. Significa que a utilização da substância foi feita de forma esporádica ou episódica (Costa *et al.*, 2008; Marques & Ribeiro, 2006; Moretti-Pires, 2009; WHO, 2011).

Outra característica-chave do padrão de consumo de bebida alcoólica é a presença de eventos de uso pesado da substância, ou também chamado de *binge drinking*. O beber pesado,



segundo o relatório do WHO (2011), é definido como beber pelo menos 60 gramas ou mais de álcool puro de uma só vez em pelo menos uma ocasião nos últimos sete dias, o que equivale à ingestão de cinco ou mais doses de álcool de uma só vez para os homens e quatro ou mais doses para as mulheres. Trata-se de um padrão importante de uso abusivo de bebida alcoólica, pois leva a sérios problemas de saúde como a ocorrência de quedas, brigas, homicídios, etc. A frequência do beber pesado, de acordo com Castro *et al.* (2012) e WHO (2011), é bastante elevada em muitos países, como no Brasil e na África do Sul, e com os homens superando as mulheres na proporção de 4 para 1 nesse tipo de consumo. Somado a isso, o *binge drinking* é comumente realizado pelos jovens (em média entre 18 e 30 anos de idade), os solteiros e entre aqueles que têm menor escolaridade.

Como critério quantitativo de classificação de consumo de bebida alcoólica, este estudo utilizou os indicadores do relatório da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1999), que determina o consumo semanal de mais de 14 unidades de bebida alcoólica para as mulheres e mais de 21 para homens como uso nocivo ou abusivo da substância (uma unidade equivale a 10 gramas de álcool – uma lata de cerveja de 350 ml = 1,7 unidade; 50 ml de bebida destilada = 2 unidades).

Os estudos de Alves (2009), Lima (2009), Gonçalves (2008) e Marques e Ribeiro (2006) mostram que interação de vários fatores contribui para a pessoa usar ou não álcool e outras drogas, em como será o padrão e a intensidade deste consumo, além de contribuir para diminuir ou aumentar as possibilidades de ocorrência das consequências prejudiciais que provoca. Entre estes fatores encontram-se os de natureza biológica (condições do corpo metabolizar o produto ingerido e do cérebro tolerar o seu uso frequente); psicológica (ansiedade, depressão, isolamento); sócio-cultural (estímulo ao consumo, abandono, exclusão); assim como a capacidade de toxicidade da substância; a idade do indivíduo; o gênero; a ocupação; o grau de instrução, para citar apenas alguns fatores.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2003), a vulnerabilidade de um indivíduo a exceder no consumo de bebida alcoólica e de outras drogas é maior entre aqueles que “estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de álcool e drogas, possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente” (p. 32). Outros elementos também elencados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2003) como promotores do uso abusivo e da dependência de bebida alcoólica e outras drogas são: ter baixa auto-estima; falta de auto-controle; incapacidade de transpor dificuldades e lidar com frustrações; comportamento anti-social; vulnerabilidade social; uso de álcool e outras drogas pelos pais; isolamento social entre os membros da família; padrão familiar disfuncional; falta do elemento paterno; colegas que usam drogas, aprovam e/ou valorizam o seu uso; rejeição de regras, práticas ou atividades organizadas; dificuldade de se relacionar em grupo; disponibilidade de álcool e drogas na escola ou próximo de onde mora; escola com regras inconsistentes e ambíguas acerca do uso de álcool e outras drogas. Enquanto que entre os fatores que podem proteger a pessoa de usar abusivamente ou ficar dependente de substâncias psicoativas estão: ter uma rede de mediações na família, no ambiente de trabalho e/ou na escola; apresentar habilidades sociais; saber lidar com as frustrações e ter boa auto-estima.

O imediatismo e a busca pelo prazer constante também são tidos como fatores de risco para o uso abusivo ou para a dependência de substâncias psicoativas/psicotrópicas<sup>3</sup>, conforme estudo realizado por Lima (2009). Conforme o autor, o fato de ser cada vez mais disseminado pela mídia, dentro da própria família ou em outros contextos sociais que se pode melhorar o humor, relaxar, dormir melhor, aumentar a qualidade do despenho sexual consumindo drogas (lícitas ou ilícitas), promove a noção de que para os problemas com os quais se esbarra no cotidiano existe solução imediata, e quando tal solução não é encontrada, é possível lidar com

---

<sup>3</sup> Substâncias psicoativas ou psicotrópicas são aquelas que alteram o funcionamento do sistema nervoso central, modificando por um período de tempo a percepção, o humor, o comportamento e a consciência de quem a consome).

a decepção gerada através da ingestão de álcool e outras drogas. Assim, aumentar a oferta de atividades de lazer, esporte, cultura, e a disponibilização de oportunidades de trabalho e para fortalecer ou incentivar os vínculos sociais, podem ser consideradas, de acordo com o mesmo autor, fatores sociais que favoreceriam a prevenção ao uso de substâncias psicoativas.

É importante lembrar, no entanto, que o uso de bebida alcoólica e outras drogas é um fenômeno complexo, multideterminado e heterogêneo, ou seja, atinge cada pessoa de forma diferente, por motivos diferentes e em contexto e situações variadas. Sendo assim, é preciso sempre levar em conta a singularidade de cada situação investigada para a sua devida compreensão e intervenção.

### **1.2.2 O Uso de Bebidas Alcoólicas e seu Impacto na Saúde**

Sobre o consumo de bebida alcoólica, Marques e Ribeiro (2006), Pinsky (2009) e WHO (2011) reportam que, ao contrário do uso de drogas ilegais como a cocaína, heroína, maconha, esta prática é considerada lícita, bem aceita socialmente e utilizada como meio de socialização. Trata-se de um produto usado na maioria dos países, de fácil acesso e amplamente disponível. Os referidos autores descrevem que a bebida alcoólica atua como um ansiolítico, ou seja, diminui a ansiedade e gera certa euforia e bem estar. Em doses maiores, pode provocar sonolência, sedação, falta de coordenação motora, relaxamento muscular e até mesmo o coma devido à depressão do sistema nervoso central. Somado a isso, Marques e Ribeiro (2006), Pinsky (2009), WHO (2011) destacam que ao ingerir bebida alcoólica, o indivíduo sentirá seus efeitos com mais ou menos rapidez e intensidade se tiver ou não se alimentado antes, dependendo do tipo de bebida que ingerir (cerveja, destilados, etc., devido ao teor alcoólico) e da rapidez com que fizer a ingestão do álcool. Os órgãos afetados pela ação tóxica da bebida alcoólica são vários: desde o estômago, podendo provocar gastrites e

úlceras, até o fígado (hepatite e cirrose), pâncreas (pancreatite), o coração (infarto e hipertensão) e o cérebro (demência).

Apesar de ser uma substância lícita, Alves (2009), Galduróza e Caetano, (2004), Gonçalves (2008), Marques e Ribeiro (2006), Moretti-Pires (2009), Pinsky (2009) e WHO (2011) mostram que a bebida alcoólica é considerada a droga que causa mais danos à saúde, além de poder provocar dependência. Segundo os mesmos autores, na população de todo o mundo, entre os que usam bebida alcoólica, cerca de 10 a 12% são dependentes de álcool. Um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011) também identificou que o álcool é um dos fatores mais relevantes de morbimortalidade<sup>4</sup> na América Latina, ou seja, trata-se de uma substância capaz de provocar doenças fatais, além de ser o fator causal de muitas lesões e violência.

Para dar uma dimensão do impacto na saúde coletiva do uso abusivo e da dependência de bebida alcoólica, de acordo com WHO (2011), usar álcool é a terceira causa de doenças e incapacidades no mundo, perdendo apenas para o baixo peso na infância e o sexo sem proteção. Isso corresponde a 4,5% da carga global de doenças e ferimentos, resultando em aproximadamente 2,5 milhões de mortes a cada ano, percentual maior do que as mortes causadas pelo HIV/ Aids, por violência e tuberculose. Esse mesmo levantamento (WHO, 2011) mostra que o consumo de álcool é a causa estimada de 20% a 50% da cirrose hepática, de epilepsia, intoxicação, acidentes automobilísticos, violência e de diversos tipos de câncer, como câncer do cólon, de mama, laringe, fígado, esôfago, boca e faringe. Lesões intencionais (como violência, suicídio) e não intencionais (como afogamento) representam 42% de todas as mortes atribuíveis ao álcool (Castro *et al.*, 2012; Marques & Ribeiro, 2006). O consumo de bebida alcoólica em excesso também contribui para a evolução de doenças cardiovasculares (como arritmias, acidente vascular cerebral hemorrágico) e para a hipertensão. A bebida

---

<sup>4</sup> Morbimortalidade diz respeito ao impacto de doenças e mortes existentes em dada sociedade

alcoólica pode promover o aparecimento dessas doenças, pois o seu consumo enfraquece o sistema imunológico, permitindo que haja infecções provocadas por agentes patogênicos, sendo que este efeito é mais pronunciado entre aqueles que fazem uso pesado do álcool (Castro *et al.*, 2012; Marques & Ribeiro, 2006; Brasil, 2003; WHO, 2011).

No caso da Aids, estudos como os de Cardoso, Malbergier e Figueiredo (2008), Kim *et al.* (2007), Parsons, Rosof e Mustanski (2007), Rego, Oliveira, Rego, Júnior e Silva (2011) e Rego e Rego (2010) têm apontado que o consumo de bebida alcoólica tem sido associado a práticas sexuais sem o uso do preservativo, o que expõe o indivíduo a maior risco de transmissão e infecção por doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e ao vírus do HIV. Enquanto que o uso abusivo e a dependência de bebida alcoólica entre aqueles que vivem com HIV/Aids encontra-se associado à diminuição e à interrupção da adesão ao tratamento antirretroviral e a um pior prognóstico da doença. A adesão do paciente a terapia antirretroviral precisa ser superior a 95% para que seja realmente eficiente, isto é, para que a carga viral torne-se indetectável. Assim, em caso de não adesão ou adesão parcial ao tratamento, o risco é de a doença evoluir e haver a disseminação da resistência ao vírus.

Dados dos estudos de Marques e Ribeiro (2006) e WHO (2011) mostram que o álcool também incapacita e mata pessoas em uma idade relativamente nova, além de seu consumo ser associado a problemas sociais como a ocorrência de acidentes de trânsito, violência, negligência infantil e absenteísmo no trabalho. Dos acidentes de trânsito que ocorrem no Brasil, por exemplo, por volta de 60% são causados pelo uso de bebida alcoólica, enquanto que o álcool é identificado em 70% dos laudos cadavéricos por mortes violentas. Referidos estudos também destacam que os alcoólatras são mais suscetíveis de apresentarem uso abusivo e dependência de outras substâncias lícitas e ilícitas (cigarro, cocaína, medicamentos, etc.), assim como de apresentarem outros transtornos, como os alimentares.

Brasil (2003) e WHO (2011) reportam, ainda, que as mortes, doenças e os danos causados pelo consumo excessivo de álcool também produzem impactos socioeconômicos, como as despesas médicas e encargos financeiros às famílias dos usuários, além de danos psicológicos devido à convivência com um usuário abusivo ou dependente de bebida alcoólica. O consumo abusivo de álcool igualmente afeta a produtividade dos trabalhadores. Por outro lado, conforme se verifica nos estudos citados acima, quanto menor o desenvolvimento e status sócio-econômico, maiores são os problemas de saúde relacionados ao álcool entre as pessoas que fazem uso de bebida alcoólica. Nesse sentido, o álcool aumenta as diferenças existentes na mortalidade e morbidade entre os maiores e menores estratos socioeconômicos. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011) demonstrou que na Inglaterra, Escócia e no País de Gales entre os anos 1988 e 1994, os trabalhadores não qualificados tiveram 4,5 vezes maior risco de mortalidade devido ao uso de álcool e 3,6 vezes maior risco de doença crônica do fígado e cirrose em comparação com os trabalhadores qualificados. No Brasil (Brasil, 2003), grupos com menores níveis educacionais tiveram 2,1 vezes maior risco de desenvolver dependência de álcool em comparação com grupos de maior nível educacional.

O que se pretende destacar com isso é que o consumo de bebida alcoólica, apesar de, em certas doses, poder gerar prazer e bem-estar, se não utilizada de forma equilibrada e condizente com os limites de cada um, pode promover prejuízos físicos e psicológicos, além de provocar elevados encargos desnecessários para aqueles que a consome e para a sociedade onde vivem.

### **1.2.3 O Uso de Bebida Alcoólica pela População Brasileira**

Segundo a WHO (1999), Galduróza e Caetano, (2004), Pinsky *et al.* (2009) e Pinsky, Sanches, Zaleski, Laranjeira e Caetano (2010), entre as décadas de 1970 e 1990, o consumo

de bebida alcoólica no Brasil aumentou 74,5%, sendo a cerveja a bebida alcoólica mais consumida, com 54 litros per capita/ano, seguida da cachaça (12 litros per capita/ano) e do vinho (1,8 litros per capita/ano).

Na primeira pesquisa nacional realizada por Laranjeira *et al.* (2010) sobre o padrão de consumo de álcool entre adultos no Brasil, feita entre os anos de 2005 e 2006 em 143 cidades do país e onde foram entrevistadas 2.346 pessoas maiores de 18 anos, identificou-se que um quarto desta população consome frequentemente bebida alcoólica e quase metade está abstinente.

Com relação ao consumo pesado de bebida alcoólica (*binge drinking*), o mesmo estudo relatou que 40% dos homens, 18% das mulheres e 40% dos jovens adultos afirmaram ter consumido álcool em excesso em pelo menos uma ocasião nos dois meses anteriores a realização da entrevista. A maior quantidade de álcool consumido foi encontrada nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste do país e a menor na Região Sul. Um quarto da população estudada afirmou ter tido pelo menos um problema relacionado com o consumo de álcool. Os problemas mais comuns elencados foram os físicos (22%), familiares (11%), sociais (10%), a violência (10%) e de trabalho (5%), sendo que as taxas gerais de problemas relacionados ao consumo, ao uso nocivo e a dependência de bebida alcoólica não variaram por região do país e foram encontradas em maiores taxas entre os homens, jovens, solteiros que viviam nas regiões metropolitanas e em outras áreas urbanas (Laranjeira Pinsky, Sanches, Zaleski & Caetano, 2010).

Ainda conforme referido estudo, 3% da população brasileira apresenta uso nocivo de álcool e 9% é dependente da bebida (um em cada cinco homens e uma em cada vinte mulheres). O consumo nocivo de álcool e a dependência também se mostrou mais prevalente nas duas primeiras faixas etárias dos entrevistados e tendiam a diminuir com a idade, e pareceu estar associada com aqueles que têm níveis mais baixos de renda e escolaridade. Com

relação ao tipo de bebida consumida, constatou-se que a cerveja e o vinho continuam sendo as preferidas no país, sendo que o vinho é mais consumido pelas mulheres e os habitantes das zonas urbanas.

Com isso, a pesquisa evidenciou que as diferenças regionais sobre algumas dessas variáveis e a detecção de grupos sócio-demográficos de maior vulnerabilidade ao uso nocivo e a dependência de álcool são elementos que devem ser considerados a fim de estabelecer políticas de prevenção ao uso de bebida alcoólica mais eficientes no Brasil.

Apesar de pesquisas como as de Galduróza e Caetano (2004), Brasil (2003) e Pinsky *et al.* (2009, 2010) identificar que, no país, o grupo maior é o de pessoas que se abstêm de consumir bebida alcoólica, igualmente verificam entre os que bebem, muitos tendem a fazê-lo de forma a aumentar a possibilidade de virem a tornarem-se consumidores abusivos ou dependentes da substância. Atualmente, conforme os estudos acima citados, o Brasil já apresenta vários sinais do impacto desse padrão de uso de álcool na população: a taxa de morbidade e mortalidade associadas a esse consumo, por exemplo, corresponde a mais de 10%; entre as causas de aposentadoria por invalidez, o alcoolismo ocupa o terceiro e o segundo lugar em relação à ocorrência de transtornos psicológicos. Além disso, o início do consumo de álcool no Brasil costuma ocorrer em torno dos 12 anos de idade, enquanto que a idade permitida por lei é de 18 anos, sendo a idade precoce de início de uso de bebida alcoólica um fator central associado ao desenvolvimento de problemas relacionados a esta prática durante a vida adulta.

Outros dados agravantes sobre os padrões de uso de bebida alcoólica entre os jovens brasileiros mostram que entre aqueles que bebem, cerca de metade são bebedores pesados da substância. Em um estudo amplo e atual realizado por Pinsky *et al.* (2010), em que se pesquisou o padrão de uso de bebida alcoólica entre os adolescentes brasileiros e que entrevistou 3.007 jovens entre 14 e 25 anos de idade entre os anos de 2005 e 2006,



identificou-se que 9,1% deles bebiam com frequência (pelo menos uma vez por semana) o que representa 1,3 milhões de pessoas no país. Grupos com alta prevalência de uso frequente de bebida alcoólica ocorreram entre os jovens mais velhos, os que viviam na região Sul do país, os adolescentes que não estudavam, os negros e os que trabalhavam e ganhavam renda própria.

Ainda de acordo com a pesquisa de Pinsky *et al.* (2010), quase metade dos meninos adolescentes que haviam bebido no ano anterior tinha consumido três doses ou mais de bebida alcoólica em uma mesma ocasião (*binge drinking*), havendo diferenças entre meninos e meninas na quantidade de álcool geralmente ingerida: quase um terço dos meninos que bebiam, consumiu cinco doses ou mais da substância em uma mesma ocasião, em contraste com um décimo das meninas. A faixa etária também influenciou no consumo pesado de bebida alcoólica: adolescentes mais jovens relatam uma menor prevalência deste comportamento em comparação com os mais velhos. Aproximadamente metade das doses ingeridas por adolescentes foram de cerveja ou chope, enquanto que o consumo de vinho representou mais de 30% das doses. Não houve diferença significativa entre homens e mulheres em relação as suas preferências por diferentes tipos de bebidas alcoólicas. Destaca-se, ainda, o fato de que nem a faixa de renda, nem a renda familiar foram significativamente associadas com o uso pesado de bebida alcoólica.

Sobre as diferenças de gênero com relação ao consumo de bebida alcoólica, vale ressaltar outros aspectos que alguns estudos tem tratado acerca deste tema. De acordo com WHO (2011), o uso abusivo e a dependência de bebida alcoólica tem se mostrado uma ameaça particularmente grave para os homens, já que é o principal fator de morte entre eles, especialmente na faixa etária entre 15-59 anos devido a lesões, violência e doenças cardiovasculares. Globalmente, 6,2% de todas as mortes dos homens são atribuíveis ao consumo de bebida alcoólica em comparação com 1,1% de óbitos femininos, enquanto que no

Brasil o número de homens dependentes de álcool é três vezes maior que o de mulheres. Para referido estudo, as diferenças de gênero, a cultura que produz noções de masculinidade e feminilidade, indica a desproporção que há entre homens e mulheres quanto ao volume de álcool consumido e a quantidade de ocasiões de consumo pesado da substância, possivelmente o motivo da maior taxa de mortes e incapacidade físicas entre eles.

No entanto, Corazza (n.d.), tem apontado para um importante aumento no alcoolismo entre as mulheres, e para o fato de ter diminuído a diferença nas taxas de ocorrência deste problema comparativamente aos homens. Em função disso, o tema tem ganhado destaque porque haveria uma maior vulnerabilidade física, psicológica e social das mulheres ao uso de álcool. A maior vulnerabilidade física, conforme o autor mencionado, se daria pelo fato de elas terem um percentual de gordura mais elevado, menos massa muscular, menor quantidade de líquido no corpo, entre outras especificidades do que os homens, o que propiciaria a maior concentração de álcool no organismo, mesmo consumindo a mesma quantidade de bebida alcoólica que eles. Essa também pode ser uma das razões pelo qual as mulheres, embora iniciem o uso de bebida alcoólica em uma idade mais tardia, tendem a apresentar dependência ao álcool e agravos físicos mais cedo e com avanço mais rápido comparativamente aos homens.

Segundo os estudos de Gonçalves (2008), Corazza (n.d.), a dependência ao uso de álcool entre as mulheres pode provocar o aparecimento de problemas ginecológicos e obstétricos como infertilidade, abortos espontâneos e histerectomias. Estima-se em 32% a incidência de anomalias congênitas entre mulheres dependentes de álcool, sendo que a Síndrome de Alcoolismo Fetal é o terceiro defeito congênito mais comum nos Estados Unidos. Os referidos estudos reportam, ainda, que as taxas de comorbidade psiquiátrica em mulheres com transtorno por uso de álcool e outras drogas é mais alta do que nos homens. A depressão é o problema psicológico mais encontrado entre as mulheres, sendo normalmente

mais severa entre elas relativamente aos homens, e costuma anteceder ao aparecimento de dependência de outras drogas. Além disso, quando o uso abusivo de bebida alcoólica ocorre em conjunto com transtornos psiquiátricos, os índices de recaídas, reinternações e tentativas de suicídios são mais elevados.

O aumento do uso de substâncias psicotrópicas pelas mulheres pode estar relacionado, de acordo com Corazza (n.d.), a uma maior aceitação social deste comportamento. Entretanto, a pressão social para as mulheres começarem a beber é ainda menor do que nos homens e maior para que parem de usar bebida alcoólica. Conforme Corazza (n.d.), as mulheres também sofrem maior estigma social devido ao uso abusivo e a dependência de substâncias lícitas e ilícitas, o que dificulta a procura delas por tratamento devido à vergonha e culpa que experimentam.

O objetivo de apresentar essas informações é chamar a atenção para o fato de que as diferenças físicas, as normas, os valores, as atitudes e as expectativas com relação aos gêneros, além do contexto em que se encontram inseridos, são fatores igualmente importantes em determinar qual serão o nível de consumo de bebida alcoólica e as consequências que este consumo trará para ambos. Com isso, evidencia-se a dimensão de gênero como um elemento fundamental de se considerar nos casos de tratamento de dependência ou uso abusivo de bebida alcoólica, bem como no momento de se planejar e implementar ações de prevenção a este agravo.

#### **1.2.4 Política para o Uso de Álcool e Outras Drogas no Brasil**

Apesar de todos os problemas atribuíveis ao consumo abusivo e a dependência de bebida alcoólica, estudos como os de WHO (2011) mostram que trata-se de um problema que continua a ter baixa prioridade nas políticas públicas de vários países. Desde 1999, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) começou a informar sobre as políticas relativas ao

consumo de álcool no mundo, apenas 34 países adotaram algum tipo de política formal a este respeito. De acordo com WHO (2011), a existência de políticas nacionais sobre o consumo de álcool é um indicador importante, pois apresenta o nível de compromisso de um país para reduzir o uso abusivo e a dependência da substância. Assim, restrições à comercialização de álcool e de beber e dirigir aumentaram, mas, em geral, não há uma tendência clara na maioria das medidas preventivas. Desse modo, o que se constata é que uma grande proporção de países tem políticas e programas de prevenção insuficientes sobre o uso de bebida alcoólica, o que não protege a saúde e a segurança das pessoas e ressalta a necessidade de mais avanços na área.

No Brasil, conforme estudo realizado por Alves (2009), as primeiras políticas públicas voltadas a usuários de álcool e outras drogas se deram na área da segurança pública. O usuário de drogas era visto como criminoso e as medidas adotadas para acabar com o consumo foram estabelecidas na área da justiça penal com a criminalização da produção, do comércio e uso de drogas ilícitas, ou seja, o objetivo final era a repressão e o controle do uso do produto. No Código Penal de 1940, por exemplo, no artigo 281, se determinava a criminalização de quem portasse drogas ilícitas, não importando a quantidade que tinha e nem se a pessoa era usuário ou traficante. Ainda segundo Alves (2009), os tratamentos eram feitos em hospitais psiquiátricos e oferecidos apenas àqueles considerados infratores viciados, pois se considerava que estes não tinham condições de avaliar e impedir seus próprios atos. Essa política com relação às drogas, chamada de proibicionista, predominou por várias décadas no país e foi importada dos Estados Unidos. A própria Organização das Nações Unidas (ONU) atuou para a consolidação desta política a ser adotada por todas as nações signatárias.

A política proibicionista, entretanto, não tem funcionado para os propósitos para os quais foi construída e implementada. O estudo citado acima mostra que a produção, o comércio e o consumo de álcool e outras drogas continuam e, em alguns casos, aumentaram.

Além disso, é uma política onerosa para o Estado, já que sobrecarrega as unidades prisionais e exige elevados investimentos na polícia para a coibição do tráfico. O foco na proibição do uso de álcool e outras drogas também reserva pouco espaço para a atuação na prevenção do consumo destas substâncias e no tratamento dos usuários abusivos ou dependentes (Alves, 2009).

Ocorre que no Brasil, era difícil estabelecer medidas eficientes de combate e prevenção ao uso de álcool e outras drogas devido à falta de dados epidemiológicos sobre o fenômeno. Contudo, já era possível identificar que estava se tornando um problema de saúde pública. Conforme a pesquisa de Machado (2006), no ano de 1977 o alcoolismo e as psicoses alcoólicas constituíam o maior número de internações em hospitais psiquiátricos no país e já havia associação entre consumo de álcool e acidentes de trânsito, de trabalho, pedido de licenças médicas para afastamento do trabalho, a ocorrência de criminalidade e problemas familiares. Enfim, o consumo de álcool e outras drogas gerava custos sociais e econômicos significativos.

Em resposta ao aumento do consumo de bebida alcoólica e outras drogas ocorrido principalmente nas décadas de 1960 e 1970 no Brasil e, ao mesmo tempo, devido à falta de atendimento específico aos usuários no setor público de saúde, surgiram instituições não-governamentais como as comunidades terapêuticas (instituição filantrópica de orientação religiosa), os Alcoólicos Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA), constituídas com a finalidade de ajudar os usuários a lidarem com o consumo abusivo e a dependência de álcool e outras drogas pregando a abstinência como meta ideal (Alves, 2009; Machado, 2006). No entanto, segundo Machado (2006), trata-se de serviços com acentuada perspectiva antidrogas, que ia ao encontro da política proibicionista vigente na época.

Somente nas décadas de 1980 e 1990 o Ministério da Saúde passou a identificar a necessidade de criar ações para diminuir o consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas em

função das sequelas que estavam gerando na população (Brasil, 2003; Machado, 2006). Desse modo, práticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas fundadas em concepções moralistas e repressivas foram mudando em direção a uma perspectiva focada na saúde da pessoa. Entre essas iniciativas, encontra-se o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas dentro do processo de reestruturação da atenção em saúde mental com a criação, no ano de 1996, dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) (Brasil, 2003; Machado, 2006).

Nos anos de 2001 e 2002 foram feitos seminários e Conferências de Saúde Mental sobre a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, bem como portarias ministeriais foram publicadas voltadas ao debate sobre o tema que estabeleceram os serviços de atenção diária para usuários de álcool e outras drogas (os Centros de Atenção Psicossocial Álcool/Drogas - CAPSad) que então favoreceram e fortaleceram a concepção de que o Sistema Único de Saúde (SUS) deveria atender a demanda destes usuários (Brasil, 2003; Machado, 2006).

Já no ano de 2003, o Ministério da Saúde finalmente publicou a “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas” (Brasil, 2003), admitindo o atraso histórico e político do governo e do SUS com relação ao enfrentamento do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas e reconhecendo as sequelas que tal agravo provoca. Assim, uma proposta de intersetorialidade baseada nos princípios do SUS, nas diretrizes da reforma psiquiátrica e da redução de danos foi aos poucos se consolidando no setor público de saúde para a atenção a esses usuários (Brasil, 2003; Machado, 2006).

Conforme estudo feito por Alves (2009) e Machado (2006), dois dos principais fatores que favoreceram a consolidação dessa direção de intervenção no uso de álcool e outras drogas por parte da Saúde Pública no Brasil nas décadas de 1980 e 1990 foram: **a)** a reestruturação da atenção em saúde mental e **b)** o aparecimento da AIDS.

a) Durante a década de 1980, ao longo do processo de redemocratização do país, surgiram movimentos que queriam promover a reforma da atenção à saúde mental que era oferecida no país, defendendo a saúde com um direito social e denunciando as práticas que infringiam os direitos humanos e sociais, como os maus tratos a que os que possuíam transtornos mentais eram submetidos dentro dos hospitais psiquiátricos. Desde então, vários movimentos sociais passaram a reivindicar o fim desses hospitais, também chamados manicômios, e a construção de um novo modelo de atenção aos que tinham complicações psicológicas. Durante a reestruturação da atenção em saúde mental, efetivou-se a implementação de serviços abertos, como os já mencionados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), assim como oficinas terapêuticas, centros de convivência, entre outros, no lugar da internação de usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos. Tais serviços deveriam trabalhar de forma integrada, ajudando a promover a reinserção social dos pacientes e a efetivação dos direitos humanos e sociais dos mesmos. A reestruturação do modelo de assistência aos pacientes psiquiátricos também abrangia a revisão das leis sobre o tema e a tentativa de mudar as concepções e a cultura existentes sobre a loucura. Tal reestruturação se consolidou no Brasil durante a década de 1990, sendo que até ano de 2003, trinta e dois mil leitos psiquiátricos já haviam sido desativados, enquanto que o número de CAPS cresceu para 502 no mesmo ano. Assim, com a constatação de que os hospitais psiquiátricos não tinham condições de atender adequadamente usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas, tornou-se urgente a elaboração e construção de alternativas a esse modelo de atendimento (Alves, 2009; Machado, 2006).

b) No período de 1987 a 1991 houve o crescimento da infecção pelo vírus HIV e entre as vias de transmissão mais importantes estava o compartilhamento de seringas por usuários de drogas injetáveis. Em função desse perfil epidemiológico da Aids, foram tomadas medidas

de prevenção voltadas aos usuários de drogas injetáveis. Entre essas medidas, a Divisão Nacional de DST/Aids estabeleceu: a capacitação dos recursos humanos existentes na área; a produção de materiais preventivos; a realização de ações educativas; e a formação de equipes de apoio, orientação e aconselhamento. Passou-se a apoiar, com isso, programas de redução de danos entre usuários de drogas, além de outras ações voltadas ao reconhecimento dos direitos de cidadão desses usuários (Alves, 2009; Machado, 2006).

De acordo com Alves (2009), os programas de redução de danos são uma contrapartida da política proibicionista, pois objetivam diminuir as sequelas e os danos físicos, psicológicos, sociais e econômicos provocados pelo uso abusivo e pela dependência de álcool e outras drogas, sem exigir ou esperar a abstinência destas substâncias. Entre as ações implementadas por esse tipo de programa encontram-se as de substituição de seringas de usuários de drogas injetáveis para não se infectarem pelo vírus HIV, por hepatites, entre outras doenças; a troca de substâncias prejudiciais à saúde por outras menos danosas, como a heroína pela metadona, por exemplo; a formulação e o estabelecimento de práticas mais seguras para o consumo de drogas; o controle da qualidade das substâncias, entre outras.

Os primeiros projetos de redução de danos no país surgiram na década de 1990 e foram financiados pelo governo federal e pelo Banco Mundial. Nesse momento, o programa de redução de danos: **a)** deu base técnica e teórica para a construção de políticas públicas voltadas a prevenção do uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas e ao tratamento dos usuários de álcool e outras drogas; **b)** mostrou a dificuldade de acesso e falta de acolhimento aos usuários; **c)** evidenciou a precariedade dos tratamentos e apoios específicos para estes casos; **d)** e revelou a desconfiança e os preconceitos por parte dos profissionais de saúde sobre a implementação do projeto de redução de danos e com respeito ao atendimento daquele público específico. A abordagem de redução de danos, contudo, provocou e ainda gera muita polêmica e discussões, pois deixou de tratar o uso de álcool e



outras drogas de forma extremista, repressiva e moralista e levantou a questão de se é realmente possível viver em um mundo sem drogas (Alves, 2009; Machado, 2006).

### **1.2.5 Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas**

Como apontado pelo estudo de Machado (2006), com a publicação da “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas” (Brasil, 2003) o governo brasileiro reforçou o compromisso de enfrentar os agravos decorrentes do uso de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública, assim como de prevenir, tratar e reabilitar os usuários dessas substâncias. Tal documento igualmente reconheceu que o uso de álcool e outras drogas é um problema complexo, que gerava repercussões sociais, psicológicas, econômicas e políticas, e que, portanto, não deveria ser reduzido à área da saúde mental ou jurídica como vinha ocorrendo até aquele momento. Em síntese, essa política estabeleceu: a perspectiva da redução de danos para a prevenção do uso abusivo ou da dependência de álcool e outras drogas e o tratamento dos usuários; a mudança da concepção de que o usuário de drogas é doente e precisa ser internado ou preso; a necessidade da mobilização da sociedade civil para atuar junto às ações de prevenção, terapêuticas e de reabilitação; o atendimento dos usuários de álcool e outras drogas pelo SUS; o estabelecimento de redes assistenciais especializadas, como o CAPSad, e não especializadas, como unidades básicas de saúde, programas de saúde da família e hospitais gerais; e ações intersetoriais para diminuir os riscos e danos à saúde gerados devido ao uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas.

Atualmente, em termos de rede assistencial aos usuários de álcool e outras drogas, Alves (2009) reporta que o país conta com instituições governamentais e não-governamentais como os hospitais gerais, hospitais-dia, CAPSad, comunidades terapêuticas, entre outros, que realizam ações como de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social dos usuários,

de ensino e pesquisa, além de atitudes de redução dos danos sociais e à saúde. Essas instituições também atuam formando multiplicadores para prevenir o uso de álcool e outras drogas junto aos pais e/ou responsáveis, assim como com educadores, ex-usuários de drogas, religiosos e líderes comunitários.

Apesar de o programa de redução de danos ser a estratégia estabelecida pela “Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e o Outras Drogas” para a prevenção e o tratamento do uso dessas substâncias, alguns estudos (Alves, 2009; Machado, 2006) mostram que ela se encontra pouco difundida no Brasil, já que nem um terço das instituições existentes de atenção a usuários de álcool e outras drogas desenvolve programas neste sentido. Das que aplicam a estratégia de redução de danos, as ações vão desde aconselhar os usuários, encaminhá-los para a rede social e de saúde, até a distribuição de material informativo, a oferta de alimentação, banho, atividades culturais, entre outros. Essas ações são realizadas na própria instituição como também podem ser feitas nos serviços de saúde, na residência dos usuários, em centros comunitários, etc., e atendem adultos, crianças e adolescentes em contextos de vulnerabilidade social, pessoas com HIV/Aids, presidiários, entre outros. Os integrantes que compõe as instituições de atenção a usuários de álcool e outras drogas vão desde profissionais de saúde a ex-usuários de álcool e outras drogas e voluntários (Alves, 2009; Machado, 2006). Assim, de acordo com Alves (2009), aos poucos está havendo no país uma reorientação na forma de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, modificando-se a perspectiva que privilegiava o internamento e a abstinência como principal objetivo do tratamento, com o aumento do atendimento ambulatorial e a aplicação das estratégias de redução de danos. A substituição das internações em hospitais psiquiátricos para o atendimento em serviços públicos de atenção a usuários de álcool e outras drogas, também dá indícios de que o programa de redução de danos pode vir a predominar e, com isso, focar suas

intervenções nas necessidades singulares de cada usuário de modo a garantir seus direitos de cidadão (Alves, 2009; Machado, 2006).

Dessa forma, o que se encontra no Brasil hoje é uma mescla de posturas proibicionista e uma abordagem baseada na redução de danos nas ações e nas leis existentes para tratar a questão do uso de álcool e outras drogas. Pode-se considerar que o desafio atual no país é a estruturação de uma rede pública de saúde especializada em atender os usuários de álcool e outras drogas e sua rede familiar, que efetive as diretrizes estabelecidas pela política do Ministério da Saúde para uma atuação mais consistente frente este problema (Alves, 2009; Machado, 2006).

### **1.2.6 Prevenção ao Uso Abusivo e a Dependência de Álcool**

Segundo Marques e Ribeiro (2006), a prevenção ao uso de bebida alcoólica é toda ação voltada à redução da necessidade do consumo desta substância. Objetiva-se, assim, que as pessoas evitem, reduzam ou interrompam o consumo de bebida alcoólica através da mudança de seus hábitos de vida. Por muitos anos, conforme os autores citados acima, as ações de prevenção implementadas no Brasil sobre essa ocorrência focaram somente na transmissão de informações acerca do uso de tal substância, assim como nos riscos e problemas associados a ele, através da realização de palestras, principalmente nas escolas. Contudo, essa ação realizada de forma isolada não foi eficaz em prevenir o uso de bebida alcoólica nem de outras drogas, pois embora tendo conhecimento sobre o consumo dessas substâncias e suas implicações à saúde, as taxas de crianças e adolescentes que passavam a consumi-las não diminuiu.

Marques e Ribeiro (2006) e Brasil (2003) mostram que, por sua vez, as estratégias de prevenção atuais são voltadas para o cuidado da pessoa e de sua qualidade de vida, que, entre outras coisas, inclui o uso ou não de bebida alcoólica. Para referidos autores, há a

necessidade, neste sentido, de se investigar e fortalecer as situações que fazem com que a pessoa não use bebida alcoólica e diminuir aquelas que o incentivam ao consumo como formas eficientes de precaução. Além disso, os integrantes da família que são significativos para o indivíduo devem ser incluídos em todo programa de prevenção, pois se constata que isso promove o seu maior sucesso. Igualmente, deve-se considerar que programas de prevenção devem ser contínuos, constantemente atualizados e reavaliados quanto à dimensão de sua eficácia, além de considerarem, entre outras coisas, a realidade socioeconômica e cultural da população alvo. A articulação de atitudes em uma rede também produz melhores resultados, ou seja, campanhas de prevenção na mídia e a aplicação de políticas públicas devem ser somadas a ações de prevenção nas escolas e na comunidade, por exemplo, para se alcançar os objetivos almejados (Brasil, 2003; Marques & Ribeiro, 2006).

Outras iniciativas que os estudos sugerem que podem reduzir significativamente o número de doenças, mortes e problemas socioeconômicos atribuíveis ao uso de álcool incluem:

- a elevação do preço da venda de bebida alcoólica pelo aumento de impostos sobre o produto. Uma análise recente de 112 estudos sobre os efeitos do aumento de impostos sobre a venda de bebida alcoólica mostrou que quando os impostos sobem há uma redução no uso de bebida alcoólica, inclusive entre os que bebem compulsivamente (Marques & Ribeiro, 2006; Pinsky *et al.*, 2009; WHO, 2011).
- a implementação e aplicação de idades legais para a compra e o consumo de bebida alcoólica (Marques & Ribeiro, 2006; Pinsky *et al.*, 2009; WHO, 2011).
- a criação de legislações de trânsito que estabeleçam limites de níveis de álcool no sangue para motoristas, como a Lei Seca no Brasil (número de lei 11.705/2008 que proíbe o uso de álcool para quem dirige). Se aplicadas com controle e seriedade, é um recurso eficaz e de baixo custo capaz de diminuir os acidentes de trânsito relacionados ao consumo abusivo e de

controle a dependência de bebida alcoólica (Marques & Ribeiro, 2006; Pinsky *et al.*, 2009; WHO, 2011).

- a proibição da venda de bebidas alcoólicas em postos de gasolina e limites para as horas e os dias em que podem ser vendidas. No entanto, tais medidas só podem ser eficazes se o mercado ilegal de álcool for posto sob controle (Marques & Ribeiro, 2006; Pinsky *et al.*, 2009; WHO, 2011).

- instituir sistemas de autoregulação dentro da indústria do álcool, bem como a proibição do patrocínio de marcas de bebidas alcoólicas em produtos e eventos esportivos e a obrigação de se colocar etiquetas de advertência em campanhas publicitárias de bebida alcoólica (Marques & Ribeiro, 2006; Pinsky *et al.*, 2009; WHO, 2011).

- a ampliação das restrições ao marketing da substância tem sido defendida, pois um fator importante que influencia o consumo de álcool, principalmente entre os jovens, é a promoção e publicidade de bebidas alcoólicas, já que nelas o seu uso é normalmente associado a personalidades jovens, bonitas, saudáveis e, portanto, de sucesso. Pinsky *et al.* (2009) em pesquisa realizada no Brasil entre os anos de 2005 e 2006 entrevistou 1091 jovens (com idades entre 14 e 25 anos) para identificar o nível de exposição deles à publicidade de álcool. Os autores constataram que a exposição ao estímulo à bebida alcoólica é muito mais prevalente do que a referente a qualquer tipo de mensagem de prevenção. Além disso, retoma uma revisão sistemática de estudos longitudinais recentes sugere que há uma forte relação entre a exposição à publicidade e à promoção do uso de bebida alcoólica e a maior probabilidade de adolescentes começarem a beber álcool e a beber em maior quantidade.

Além dessas sugestões no plano estrutural e social da vulnerabilidade ao consumo prejudicial de álcool, há indicações de sugestões de intervenção no plano programático e institucional para lidar com o uso abusivo e a dependência instalados. Diferentes propostas de atenção e tratamentos para o uso abusivo e a dependência de álcool, por exemplo, são

considerados na literatura (Brasil, 2003; Marques & Ribeiro, 2006; WHO, 2011) como parte da política de prevenção, pois ajudam a controlar a demanda. Será preciso avaliar a situação particular de cada usuário para se identificar que recursos precisam ser acionados para melhor ajudá-lo naquele momento. Acrescenta-se a isso que propostas e ações de prevenção ao uso prejudicial de bebida alcoólica e de promoção à saúde igualmente devem contemplar as necessidades regionais, específicas de cada população que se quer atingir com tais medidas.

### **1.2.7 Rede de Assistência ao Usuário de Álcool e Outras Drogas**

De acordo com o estudo realizado por Lima (2009), no Brasil as instituições criadas para recuperar e reinserirem socialmente os usuários abusivos ou dependente de álcool e outras drogas são de cunho governamental, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), e não-governamental, como clínicas particulares, comunidades terapêuticas, entre outras. Instituições como os hospitais gerais, hospitais-dia e as residências terapêuticas tem o papel de complementar a assistência oferecida.

Quando no município não existem Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) o atendimento aos usuários de substâncias psicoativas deve ser feito pelos Serviços de Atenção Básica e das Estratégias de Saúde da Família. Para orientar sua prática, esses serviços contam com um manual constituído pela Organização Mundial da Saúde e os Ministérios Federais para auxiliarem os profissionais da saúde na recepção, no tratamento, na identificação precoce e na promoção de saúde desses usuários, assim como na prevenção do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas (Lima, 2009).

Conforme a descrição feita por Marques e Ribeiro (2006) sobre tais normas e procedimentos, inicia-se por uma avaliação para a triagem e o encaminhamento do paciente que procura o serviço de saúde para identificação de seu problema e do padrão de consumo de bebida alcoólica. A partir desse processo, também seria possível se verificar em que contextos

a pessoa usa a bebida. Depois disso, outros exames poderão ser necessários como a dosagem de certas enzimas hepáticas. Com base nessas etapas se faz o diagnóstico do paciente que fundamentará o seu tratamento e futura intervenção.

Os autores referenciados ainda comentam que a aplicação de medidas assistenciais deve ser oferecida nos ambulatórios para os casos em que o uso de álcool e outras drogas não é considerado nocivo e a síndrome de abstinência do álcool é leve e moderada (Síndrome de abstinência do álcool ocorre de 24 a 36 horas após a última dose ingerida e os sintomas mais comuns são tremores, insônia, ansiedade e inquietação psicomotora). Assim a pessoa pode passar pelo processo de desintoxicação no ambulatório ou na própria casa, sem a necessidade de faltar ao trabalho ou ter que interromper suas atividades cotidianas. As consultas podem ter uma periodicidade maior ou menor, dependendo da gravidade do caso, sendo que tanto o paciente quanto sua família recebem orientações sobre como proceder se ocorrer o agravamento do problema.

Os pacientes cuja síndrome de abstinência do álcool é considerada grave são encaminhados para uma unidade hospitalar (emergência) para internação, pois permite uma intervenção mais segura com a realização de exames laboratoriais de controle e a aplicação das doses necessárias de medicamentos. Identificando-se a existência de problemas psicológicos associados ao consumo abusivo ou dependência de bebida alcoólica, o paciente deve ser encaminhado para o tratamento com um psicoterapeuta clínico e/ou psiquiatra em um serviço especializado (Marques & Ribeiro, 2006).

### **1.2.8 Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad)**

A implantação dos serviços do CAPSad têm substituído gradativamente o modelo focado na internação hospitalar para uma proposta de atenção extra-hospitalar aos seus

usuários. Esses Centros oferecem atividades terapêuticas e preventivas à comunidade e objetiva:

“1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; 2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados; 3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento; 4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados; 5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços; 6. Promover (...) a reinserção social dos usuários (...); 7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo; 8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas mediante atividades de cunho preventivo/educativo” (Brasil, 2003, p. 42).

De acordo com Lima (2009) e Brasil (2003), os CAPSad também deveriam organizar a rede local de serviço de atenção a usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação psicossocial e na reinserção social desses indivíduos. Esses Centros igualmente precisam proporcionar apoio aos serviços de atenção básica, pois muitos deles são os primeiros a receberem usuários de substâncias psicoativas (20% dos atendimentos da atenção básica são de usuários abusivos de álcool).

Além disso, as ações dos CAPSad necessitam ser articulados com ambulatórios hospitalares, com hospitais-dia, com as unidades básicas de saúde, com redes de suporte social presentes nas comunidades, entre outros. O CAPSad deve proporcionar atendimento individual ou em grupos, como o de várias famílias ou individualizado a uma família ou integrante do grupo familiar, e também realiza oficinas terapêuticas e visitas domiciliares, atendimento psicoterápico e oficinas culturais. Os profissionais que atuam nos CAPS devem possuir formação em enfermagem, medicina, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, pedagogia, educação física, assim como incluir técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos e artesãos (Brasil, 2003, 2004a).

Finalmente, em sintonia com os rumos traçados pela reforma sanitária e psiquiátrica e as abordagens em saúde baseadas nos direitos humanos, a realização do tratamento ao usuário



prejudicial ou dependente de álcool e outras drogas precisa da concordância do paciente com o encaminhamento e, para ser admitido na instituição, sua família deve se comprometer a acompanhar o processo de intervenção (Alves, 2009).

Entretanto, conforme um estudo realizado por Lima (2009), os tratamentos e modelos de atenção a usuários de álcool e outras drogas não possuem alta resolutividade dos casos atendidos. O modelo biomédico, que entende tal agravo como sendo uma doença crônica, de origem orgânica, e, portanto, de causa biológica, desconsiderando as variáveis psicológicas, culturais, sociais, econômicas, de cunho político e histórico que compõe o fenômeno do uso de álcool e outras drogas, ainda tem hegemonia em ambulatórios, unidades básicas de saúde, clínicas médicas, hospitais e mesmo em alguns CAPSAd do país. Tal fato ocorre, justamente porque ainda falta um consenso acerca de como se dá o desenvolvimento da dependência de substâncias psicoativas em um indivíduo.

Como evidenciam Lima (2009) e Alves (2009), a pessoa que chega aos serviços de saúde procurando ajuda, normalmente não o faz devido ao uso de álcool e outras drogas, mas em função das sequelas e comorbidades provocadas por tal uso, e a Aids é uma delas. Além disso, quando buscam auxílio, geralmente é quando as consequências físicas e/ou psicológicas já evoluíram ao ponto de se tornarem graves. Com isso, de acordo com os autores acima citados, os casos de uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas acabam sendo subnotificados ou subdiagnosticados, ou seja, o profissional da saúde trata as sequelas de tal uso, mas não identifica o problema em si, aquele que é responsável pela ocorrência das implicações que geraram a procura pelo profissional. Um dos motivos para isso ocorrer é a falta de formação e qualificação desses profissionais para identificar e trabalhar com essa demanda. Em acréscimo, é insuficiente o número de profissionais para dar conta da demanda que chega aos serviços de saúde.

Nesse sentido, Bastos e Malta (2013) discutem que os usuários de drogas infectados pelo HIV frequentemente sofrem de coinfeção por vírus como das hepatites B e C e o bacilo da tuberculose, assim como é comum apresentarem problemas psicológicos como depressão e ansiedade. Por medo de serem estigmatizados, usuários de drogas vivendo com HIV/Aids tendem a evitar a procurar por assistência médica. Os mais pobres e que mais precisam de ajuda normalmente são discriminados nos serviços de saúde, ou, quando recebem o tratamento necessário, como o acesso à terapia antirretroviral, já apresentam um quadro de deficiência imunológica tão severo, com infecções pulmonares e no fígado, entre outros, que torna ainda mais difícil sua recuperação. Os autores mencionados ressaltam que, por este entre outros motivos, como serem mais vulneráveis a contextos de violência e acidentes, além do risco de overdose, usuários de drogas vivendo com HIV/Aids tendem a morrer em maior número do que outras pessoas também infectadas pelo vírus ou que já desenvolveram a doença.

Como não há consenso sobre o que leva o indivíduo a fazer uso nocivo ou tornar-se dependente de álcool e outras drogas, o diagnóstico e os modelos indicados para tratamento e recuperação do paciente também são divergentes. Em função disso, os tratamentos e enfoques dados ao uso do álcool e outras drogas são amplos e inespecíficos, pois não chegam na demarcação das variáveis que compõe referido problema em sua totalidade e de um modo integral, como as práticas no SUS deveriam ser feitas (Lima, 2009).

Nada obstante, Lima (2009) reporta que uma concepção biopsicossocial começa a vigorar dentro do modelo biomédico tradicional, por influência da incorporação de estudos das ciências sociais e da psicologia, como forma de contemplar outros elementos que estão implicados no fenômeno do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas. O crescimento do consumo dessas substâncias, assim como a falta de resolutividade dos tratamentos voltados exclusivamente à dependência do usuário igualmente mostram cada vez

mais a necessidade de transformar o modelo biomédico vigente para um que contemple as variáveis psicológicas, culturais, sociais, econômicas, entre outras, que compõe referido fenômeno.

Conforme Schenker e Minayo (2004), os tratamentos que enfocam o grupo familiar, tanto em casos de adultos dependentes de álcool e outras drogas quanto de adolescentes, têm se mostrado mais eficazes em curto e médio prazo do que as outras de terapias focadas apenas no grupo de amigos ou que realizam tratamentos individuais e grupais. Consideram igualmente relevante que as instituições atuem para melhorar a qualidade do vínculo entre os integrantes de outras redes de apoio da pessoa em tratamento, oferecendo auxílio ao seu grupo de apoio na hora de tomar decisões, de resolver seus problemas e impasses, para que o usuário agregue outros aliados no caminho de superação de sua dependência ou de seu consumo abusivo de álcool e outras drogas.

Conhecer a composição e dinâmica da rede de apoio social, tem se mostrado um recurso importante para que pessoas em situação de vulnerabilidade ao uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas consigam ter menos prejuízos e não sejam tão afetados pelo contexto estressante que precisam enfrentar, o que contribui para que consigam transpor suas dificuldades sem tanto sofrimento e com maior disposição (Sluzki, 1997). É o que este estudo pretende discutir.

### **1.3 A Rede de Apoio Social**

A rede de apoio social tem sido usada por vários autores (Andrade & Vaitsman, 2002; Dabas, 2001; Dessen & Braz, 2000; Meneses, & Sarriera, 2005; Ribeiro, 1999; Rosa, Benício, Alves & Lebrão, 2007; Seidl & Tróccoli, 2006; Siqueira, Betts & Dell’Aglío, 2006; Sluzki, 1997, 2000; Troncoso, Avarez & Sepúlveda, 1996) como parte das variáveis que explicam a

ocorrência e o modo como se dá o desenvolvimento de enfermidades físicas (como câncer, aids, doenças cardíacas) e psicológicas (como depressão e esquizofrenia).

O termo rede de apoio social também é utilizado com outras denominações, como: rede social de apoio; vínculos sociais; apoio social; rede pessoal significativa; entre outros. Apesar das diferentes denominações, referido fenômeno é descrito praticamente do mesmo modo pelos autores citados acima, ou seja, **a)** as redes mais próximas são aquelas compostas pelas pessoas mais significativas para a pessoa, enquanto as mais distantes tem menos influência sobre ele; **b)** a rede de apoio social tem diferentes características, como o número de pessoas que a compõe, o tipo de função que exercem para a pessoa (de apoio emocional, afetivo, material, etc.); **c)** existem diferenças quanto à frequência e a duração dos vínculos estabelecidos, etc.

Os estudos sobre o tema (Andrade & Vaitsman, 2002; Dabas, 2001; Dessen & Braz, 2000; Meneses & Sarriera, 2005; Ribeiro, 1999; Rosa *et al.*, 2007; Seidl & Tróccoli, 2006; Siqueira, Betts & Dell'Aglio, 2006; Sluzki, 1997, 2000; Troncoso, Avarez & Sepúlveda 1996) também caracterizam a rede de apoio social como um acontecimento que pode proteger a pessoa dos desdobramentos negativos ou reduzir as consequências prejudiciais de situações estressantes ou traumatizantes que ela possa vir a passar ou possa estar passando, como ocorre em casos de luto, desemprego, orfandade, hospitalização, etc. Isso, de algum modo, pode salvaguardar parte de seu bem-estar e auto-estima, dificultando a ocorrência de problemas físicos e psicológicos que podem se desenvolver devido ao agravo vivido. Com isso, a pessoa tem melhores condições de enfrentar com competência e autonomia seus problemas, sem se sentir tão ameaçada e frágil.

### **1.3.1 Origem da Análise das Redes de Apoio Social**

A Antropologia foi a disciplina onde a análise das redes de apoio social foi primeiramente desenvolvida, a partir de estudos que pretendiam descrever a rede de relações de comunidades urbanas complexas, para se identificar e valorizar o apoio social disposto as pessoas submetidas a situações estressantes. Kurt Lewin (Moré, 2005) já fazia referências às redes de relações ao inserir na teoria de campo os vínculos estabelecidos por um indivíduo.

Na década de 1960, nos Estados Unidos, realizaram-se intervenções nas comunidades dirigidas às redes de relações que nelas existiam. Assim, de acordo com Dabas (2001), Moré (2005), Rodrigues e Madeira (2009), Souza, Kantorski e Mielke (2006), Troncoso, Avarez e Sepúlveda (1996), o trabalho com redes de apoio social tornou-se importante para o atendimento das necessidades de pessoas, comunidades e instituições para fazer com que pudessem mudar a situação que viviam como problemática de modo mais efetivo e seguro.

Na área da Psicologia, os trabalhos como o de Cassel (1976) e Cobb (1976) ajudaram a identificar a rede de apoio social como um elemento fundamental em ações de intervenção para melhorar a saúde e a qualidade de vida de um indivíduo ou grupo. Segundo os estudos de Costa e Ludermir (2005), Dabas (2001), House, Landis e Umberson (1988), Moré (2005), Rodrigues e Madeira (2009), Seidl e Tróccoli (2006), Sluzki (1997, 2000), Souza, Kantorski e Mielke, 2006, Troncoso, Avarez e Sepúlveda (1996), passou-se a constatar que a intervenção junto aos pacientes não poderia ocorrer sem a inclusão daquelas pessoas que faziam parte de sua rede de relações e que eram significativas para ele. A partir da identificação dos integrantes da rede de apoio pelo próprio paciente e, em função disso, com a recuperação do pertencimento do indivíduo a um grupo de pessoas que podia apoiá-lo das mais diversas formas (afetivamente e materialmente, por exemplo), quando mobilizada para isso por ele mesmo, este tinha maiores possibilidades de atuar no cuidado de sua saúde, o que dava condições de ele melhorar seu estado físico e psicológico. Em contrapartida, também foi

possível identificar como a falta de uma rede de apoio aumentava a condição de vulnerabilidade a doenças de uma pessoa ou de um grupo.

Assim, como apontaram os estudos acima mencionados, algumas linhas de intervenção em Psicologia deixaram de focar seus trabalhos somente no indivíduo e em sua rede familiar e ampliaram suas ações na mobilização de outras relações que poderiam ajudá-lo a sair do problema em que se encontrava, como o grupo de amigos, de colegas do trabalho, de pessoas da sua comunidade, entre outros. Com isso, ampliou-se o entendimento do papel que a rede de apoio social podia ter para uma pessoa, compreendendo-se o acolhimento que podia ser oferecido e que contribuía para dar o impulso e a força necessária às alterações que a pessoa precisava fazer em sua vida, fato este que tendia a reduzir suas experiências de solidão, bem como a possibilidade de vir a desenvolver transtornos psicológicos. Desse modo, tratou-se de um recorte da realidade que ao ser considerado, ampliou e enriqueceu as condições de intervenção em Psicologia nas suas várias vertentes.

Para a presente tese, adotou-se o conceito de rede de apoio social estabelecida por Sluzki (1997), que a define como

“... a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua auto-imagem. Constitui uma das chaves centrais da experiência individual de identidade, bem-estar, competência e agenciamento ou autoria, incluindo os hábitos de cuidado da saúde e a capacidade de adaptação em uma crise” (p. 41-42, grifo do autor).

Conforme discutem Alpi, Fernández, Quiceno, Posada e Otalvaro (2008), Brito e Pavarini (2012), Coelho e Ribeiro (2000), Costa e Ludermir (2005), Dessen e Braz (2000), Rodrigues e Madeira (2009), Seidl e Tróccoli (2006), Siqueira, Betts e Dell’Aglío (2006), Sluzki (1997, 2000), Souza, Kantorski e Mielke (2006) e Troncoso, Avarez e Sepúlveda (1996), a rede de apoio social fornece os elementos de como a pessoa irá viver o social, ou seja, serve de elemento norteador do cotidiano do indivíduo, criando certas possibilidades para o seu movimento no mundo e para como irá se comportar e participar da sociedade em

que se encontra inserido. Dependendo do contexto em que a pessoa vive e da rede de relações que consegue tecer, ela irá guiar suas ações, o seu desenvolvimento pessoal e a sua troca de recursos. Assim, a rede de apoio social intervém diretamente sobre a qualidade de vida<sup>5</sup> da pessoa, em sua autoimagem e na sua identidade social e em todas as relações que estabelecer. A rede de apoio social, dessa forma, pode servir de ponte para o indivíduo assumir comportamento de cuidados com a própria saúde, por exemplo, ao disponibilizarem informações a ele sobre bons hábitos de cuidado com o corpo, ao fazerem comentários sobre seu estado físico e psicológico e ao oferecem apoio material. Portanto, conforme os estudos referidos acima, a compreensão de como se constitui a rede de apoio social de uma pessoa, suas funções, a quantidade e a qualidade das mesmas e quais considera como sua rede de relações significativa, é fundamental para o seu devido entendimento e para o planejamento de ações que promovam a melhora de sua saúde.

Em síntese, nesta tese parte-se da noção de que a rede de suporte social pode ser fonte de bem-estar e um recurso de proteção a contextos de vulnerabilidade a doenças e outros agravos, tais como o uso abusivo e a dependência de bebida alcoólica e outras drogas. Para que isso ocorra, e em acordo com o que apontam Ribeiro (1999) e Sluzki (1997), deve dar conta, especialmente: **a)** da coerência entre as necessidades expressas pela pessoa e o suporte oferecido a ela; **b)** do apoio a obtenção de recursos que possa dispor com certa quantidade e frequência, como emocional, material e de informações; **c)** da facilitação do acesso pelo indivíduo a sua rede de apoio nas diferentes situações enfrentadas no cotidiano; **d)** da manutenção da confiança da pessoa no suporte que dispõem; **e)** da manutenção da experiência de proximidade entre as pessoas que compõem a rede de apoio e **f)** da conservação da satisfação da pessoa com o apoio oferecido.

---

<sup>5</sup> O termo qualidade de vida é comumente utilizado para se referir ao estado de saúde físico e psicológico de uma pessoa, sua felicidade e satisfação com a própria existência e com a provisão de suas necessidades. A qualidade de vida é influenciada por elementos culturais, políticos, econômicos, assim como pela análise subjetiva da pessoa (Alpi, et al., 2008).

### 1.3.2 Rede de Apoio Social e Saúde

A rede de apoio social interage e interfere em várias áreas da vida de uma pessoa. O processo de saúde/doença é um dos elementos verificados por Andrade e Vaitsman (2002), Costa e Ludermir (2005), House, Landis e Umberson (1988), Meneses e Sarriera (2005), Ramos (2002), Ribeiro (1999), Rodrigues e Madeira (2009), Siqueira, Betts e Dell’Aglío (2006), Sluzki (1997, 2000) e Uchino (2006) que são influenciados por essas interações, já que as doenças além afetarem o organismo são também reflexo do contexto social, econômico, cultural, afetivo, entre outros, em que o indivíduo encontra-se inserido. Pessoas com melhor educação e renda, por exemplo, costumam ter mais acesso a informações sobre a prevenção de doenças e que hábitos cultivar para ter uma boa qualidade de vida. Problemas psicológicos tais como a depressão e a esquizofrenia também apresentam ter correlação com a falta de uma rede de apoio social, especialmente do suporte familiar. Assim, o que os referidos autores têm indicado é que a inexistência e escassez de uma rede de apoio social e a falta de reciprocidade em suas relações são elementos que podem predizer a possibilidade de a pessoa encontrar-se em um contexto de maior vulnerabilidade a doenças e outros agravos.

Tal fato já havia sido salientado por Sluzki (1997), quando afirmou que

“Existe forte evidência de que uma rede social pessoal estável, sensível, ativa e confiável protege a pessoa contra doenças, atua como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a pertinência e rapidez da utilização de serviços de saúde, acelera os processos de cura, e aumenta a sobrevida, ou seja, é geradora de saúde” (p. 67)

Com base nos estudos como os de Alpi *et al.* (2008), Andrade e Vaitsman (2002), Araujo, Ciconelli e Pedroso (2010), Coelho e Ribeiro (2000), Costa e Ludermir (2005), Dabas (2001), Dessen e Braz (2000), House, Landis e Umberson (1988), Moré (2005), Ramos (2002), Rodrigues e Madeira (2009), Sluzki (1997, 2000), Troncoso, Avarez e Sepúlveda (1996) e Uchino (2006), pode-se identificar que uma rede de apoio estruturada e forte, com que o indivíduo possa contar sempre que necessário, tende a atenuar, por exemplo, os desdobramentos de doenças cardíacas, do câncer, ou influenciar na cessação do hábito de



fumar, pois seus integrantes costumam interferir para que a pessoa melhore o cuidado consigo mesma e para que encontre modos mais efetivos de superar suas dificuldades.

Para concretizar essas afirmações serão apresentados a seguir alguns resultados de pesquisas nacionais e internacionais que verificaram como a rede de apoio social interfere no processo de saúde/doença de uma pessoa, constituindo-se, deste modo, em um elemento fundamental de ser considerado em situações de estudo e intervenção. Um conjunto de evidências sugere que variáveis sociais e psicológicas, incluindo apoio social, estão entre os fatores mais importantes que influenciam na adesão a tratamentos médicos.

No caso de Aids, tema de interesse para este estudo, em uma revisão da literatura sobre a adesão a terapia antirretroviral ao HIV (Singh *et al.*, 1999), 64% dos 25 estudos publicados mostrou uma correlação positiva entre o apoio social recebido e a adesão ao tratamento. O mesmo resultado foi constatado por um estudo de Singh *et al.* (1999) com 123 pacientes infectados pelo HIV acompanhados em uma clínica médica, onde se identificou que a satisfação com o apoio social foi um preditor significativo de adesão à terapia antirretroviral, independentemente da fonte deste apoio. Para os autores, o apoio social pode melhorar a adesão ao tratamento diretamente (através do incentivo e do reforço da tranquilidade, da competência e da motivação) ou indiretamente (ao diminuir os efeitos do estresse, da ansiedade e da depressão). O suporte de informação, por exemplo, capacitou os doentes a desenvolver comportamentos de melhor aderência ao tratamento. As pessoas com maior conhecimento de seu tratamento também tinham menor número de queixas somáticas e lidaram de forma mais eficaz com as demandas de seu regime. Uma importante fonte de apoio de informação pode vir dos profissionais da saúde (Singh *et al.*, 1999).

Leserman *et al.* (2002), em pesquisa feita em uma clínica geral da Universidade da Carolina do Norte (Estados Unidos) com 82 homossexuais infectados pelo HIV, constataram que aqueles que tiveram maior pontuação nas medidas de depressão, com mais eventos

estressantes de vida e menos apoio social, ampliaram o risco de uma rápida progressão para o desenvolvimento da Aids. Desde os anos de 1980 se tem identificado que eventos estressantes promovem à queda do estado imunológico em uma grande variedade de populações e a referida pesquisa forneceu evidências preliminares de que a experiência acumulada de episódios estressantes e a dificuldade de se ter apoio social podem ter um impacto relevante sobre a progressão da Aids em homens infectados pelo HIV.

Em um estudo implementado por Pupulin *et al.* (2007) com 60 pacientes com infecção pelo vírus HIV atendidos em um Centro de Apoio Emaús (Maringá - Paraná) também se identificou como o apoio psicossocial afetava os participantes. Os pacientes foram divididos em dois grupos (pareados quanto ao gênero e a idade): um que recebeu apoio psicossocial e um que não recebeu este apoio. Os dois grupos passaram por avaliações clínicas, laboratoriais e emocionais (mensurada a partir da Escala Hamilton para Depressão e do Inventário de Sintomas de Estresse - ISE). O apoio psicossocial oferecido a um dos grupos ficou limitado ao acompanhamento individualizado de exame clínico, laboratorial e encaminhamento psicológico. A periodicidade do acompanhamento era determinada pela necessidade de cada um (semanal, quinzenal ou mensal). Além disso, quando era preciso, informações sobre a alimentação, a forma de usar os medicamentos, de fazer os exames clínicos-laboratoriais e sobre a procura de profissional técnico especializado também eram passadas a eles. Como resultado, o grupo que recebeu apoio psicossocial teve menos infecções oportunistas e depressão e apresentou melhoras nos parâmetros laboratoriais como anemia e parasitoses intestinais. Os participantes desse grupo também afirmaram terem aumentado a confiança e o ânimo para enfrentar a doença, e tiveram maior entendimento acerca do tratamento, das doenças oportunistas, das interações medicamentosas e dos cuidados com a saúde. Pode-se dizer que os acompanhamentos realizados forneceram o apoio e encorajamento necessários

para reduzir os medos, as ansiedades e a experiência de isolamento desses pacientes, além de ter possibilitado outra forma de eles lidarem com o HIV/Aids.

Acerca de outras áreas de atenção à saúde, Coelho e Ribeiro (2000) estudaram 35 mulheres entre 41 e 77 anos de idade, doentes cardíacas que tinham sido previamente submetidas à intervenção cirúrgica, e identificaram a associação entre os recursos da rede de apoio social e o nível de bem-estar experimentado. Quanto mais satisfeita a paciente estava com suas amizades, sua família e sua intimidade, melhor foi seu nível de bem-estar e mais fácil foi a sua adaptação às condições do hospital e dos tratamentos médicos. Concluiu-se, com isso, que a capacidade de resistir psicologicamente a uma situação de estresse parece ter relação direta com o nível de satisfação que a pessoa tem acerca de sua rede de relações, o que também interfere na percepção de seu bem-estar.

No campo da prevenção de agravos de saúde, Costa e Ludermir (2005) buscaram identificar a associação entre o apoio social recebido e a prevalência de transtornos psicológicos como a ansiedade e a depressão em uma comunidade da Zona da Mata de Pernambuco. Observaram que os indivíduos que tinham pouco apoio social mostraram duas vezes mais possibilidades de ter transtornos psicológicos. Foram entrevistadas 483 pessoas, sendo que o percentual de transtornos psicológicos encontrados entre elas foi de 36%, similar à registrada nas regiões urbanas. A tendência à ansiedade e depressão foi maior entre as mulheres, em pessoas com idade entre 40 e 59 anos, os analfabetos, os com pouca renda econômica e nos divorciados, separados ou viúvos.

Em Silverman (2009) encontramos o relato de uma pesquisa feita a partir de um estudo de observação que constatou que ao participar de um grupo de usuários de maconha, aquele que estava iniciando o uso da droga conseguia aprender com os integrantes do grupo como usar e reagir ao consumo da substância, de modo a desfrutar, apreciar e encontrar prazer no consumo. Dependendo da qualidade da maconha e da quantidade, os efeitos podem ser

apavorantes para quem a consome, e tendo um grupo que auxilie a pessoa a compreender essas reações, estimula a manutenção do seu uso. Sem essa rede, portanto, seria mais difícil para o iniciante tirar “proveito” do uso da maconha, o que poderia inibi-lo de continuar usando. Assim, uma rede social também pode se articular de modo a levar o indivíduo a usar de recursos ilícitos como um modo de vida.

Brito e Pavarini (2012), que estudaram a relação entre apoio social existente e a capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas, observaram que o apoio emocional recebido teve correlação significativa com o alto nível de independência e funcionalidade que eles apresentaram. O estudo entrevistou 101 idosos cadastrados em Unidades de Saúde da Família da cidade de São Carlos (SP) e constatou que a maioria deles teve elevado nível de apoio social, o que pode tê-los ajudado a manter a qualidade de vida, já que era uma fonte de ajuda em caso de necessidade.

O que igualmente se evidencia com essas pesquisas é que o estudo das redes de apoio social pode ajudar na compreensão de como certas doenças e certos comportamentos se disseminam na população, pois o que se pode identificar é que fenômenos que ocorrem dentro de uma rede de apoio social podem ser explorados para espalhar atitudes que promovam a saúde de todos. Com isso, a intervenção realizada junto a uma pessoa pode se alastrar para toda a sua rede de apoio social, pois os resultados de uma ação afetam tanto a pessoa para o qual foi dirigida, assim como podem alterar o conjunto de relações ao qual ela pertence. Dessa forma, ao se considerar a rede apoio social de um indivíduo, torna-se possível transformar seu contexto intersubjetivo por meio dele, de modo a modificar e melhorar a condição de vida de um número maior de pessoas (Araujo, Ciconelli & Pedroso, 2010; Dessen & Braz, 2000; Meneses & Sarriera, 2005; Sluzki, 1997).

No entanto, como destacam Araujo, Ciconelli e Pedroso (2010), Dessen e Braz (2000), Meneses e Sarriera (2005), Sluzki (1997), para a pessoa alterar sua conduta e seu meio, deve

assumir-se como sujeito de sua vida cotidiana e se conscientize dos motivos e da necessidade de tal mudança. Ou seja, é indispensável verificar: se ela encontra dificuldades ou impõe-se alguma para não mudar; o sistema de valores e crenças que possui e compartilha com sua rede de apoio que a mantém com as mesmas atitudes ou que podem auxiliar na mudança de sua conduta; as dúvidas e incertezas que possui sobre a alteração que precisa ser feita; se ela tem meios econômicos para fazer a mudança que precisa e como a coerção social e institucional afeta as suas escolhas. Ou seja, é um conjunto complexo de variáveis, mas que tem que ser considerado para se realizar uma intervenção que produza os resultados esperados.

Com base nos dados descritos, a contribuição específica que se pretende alcançar com o presente trabalho é a de mostrar como a co-contrução da rede de apoio social com pessoas abordadas em um programa de saúde pode ajuda-las e apoiá-las no processo de superação sua vulnerabilidade ao uso abusivo de bebida alcoólica. Espera-se, ainda, que a reflexão crítica sobre os resultados obtidos permita planejar de forma mais consistente a promoção da saúde e a construção de uma resposta social e institucional nos termos das necessidades apontadas pelos entrevistados e da situação em que vivem, a partir do acesso dos mesmos aos recursos existentes e a oferta de soluções condizentes com os problemas a serem enfrentados (Ayres *et al.*, 2006; Paiva, 2009).

Proceder-se-á, a seguir, com a apresentação do trabalho que deu origem ao presente estudo para a compreensão do seu desenvolvimento e dos resultados alcançados com o mesmo.

## **2. Contexto do Estudo**

De 2004 a 2007 desenvolveu-se a pesquisa intitulada “Estigma e Discriminação Relacionados ao HIV/AIDS: Impactos da Epidemia em Crianças e Jovens na Cidade de São Paulo”, coordenado pelo Professor Doutor Ivan França Junior, do Departamento de Saúde

Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), e pela Professora Doutora Associada Vera Silvia Facciolla Paiva, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP) e apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP 03/10883-5). O objetivo principal foi “analisar como o estigma e a discriminação associados ao HIV/AIDS aumentam a vulnerabilidade individual e programática de crianças e jovens, redundando em obstáculos ao acesso de cuidados adequados à saúde, lazer, convivência familiar e ao gozo de diversos outros direitos”<sup>6</sup>. A pesquisa buscou combinar abordagens quantitativas (estudo transversal) e qualitativas (entrevistas e grupo focal).

As crianças e os jovens elegíveis para participarem da pesquisa foram aqueles que tiveram os pais (um ou ambos) falecidos por Aids entre os anos de 2000 a 2004 e que residiam na cidade de São Paulo. Foram consideradas órfãs crianças de 0-15 anos de idade e jovens de 15 a 24 anos. Definiu-se como perdas a não localização do domicílio dos órfãos residentes na cidade e a recusa dos cuidadores e dos próprios jovens em participar. A amostra do estudo foi sorteada com base no banco de dados do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (PROAIM), assim como foram utilizados prontuários ambulatoriais e hospitalares como fonte de informação sobre os endereços e sobre a situação filial. Com isso, identificou-se que o total de pessoas falecidas por Aids entre os anos de 2000 a 2004 na cidade de São Paulo foi de 6571. Foram excluídos desse universo: todos os menores de 18 anos, os residentes fora do município, aqueles com endereços ignorados e com endereços não localizados. Desse modo, foram sorteados 2081 endereços, e após as visitas nestes domicílios, foram localizados 626 jovens entre 15-24 anos e 748 com menos de 15 anos que perderam os pais (um ou ambos) para a Aids entre os anos de 2000 e 2004. Foram, então, realizadas entrevistas (com aplicação de questionário

---

<sup>6</sup> Todos os dados e descrição deste item tem como fonte o banco de dados da pesquisa intitulada “Estigma e Discriminação relacionados ao HIV/AIDS: impactos da epidemia em crianças e jovens na cidade de São Paulo”.

estruturado) com 343 cuidadores de crianças menores de 15 anos e com 275 jovens (61% com menos de 20 anos) da amostra total.

Também foram contatadas instituições universitárias, estaduais e municipais da área da saúde e abordadas escolas estaduais e municipais (Diretores/Coordenadores de serviços de saúde/educação que recebiam jovens vivendo com HIV; profissionais de saúde/educação - de nível universitário ou não; gerentes/equipes e ativistas), em particular as que desenvolviam atividades de prevenção relacionada ao HIV/Aids e ONGs de Aids. Entre os anos de 2005 e 2007 foram selecionados vinte e quatro serviços especializados em Aids e realizadas vinte e uma entrevistas: quatorze com profissionais de saúde e sete com coordenadores pedagógicos. Nos anos de 2005 e 2006 foram visitadas duas ONGs que trabalhavam com jovens com HIV, assim como seis escolas públicas e privadas, sendo realizadas sete entrevistas e feitos dois grupos focais com educadores.

A pesquisa identificou que no Brasil medidas seriam necessárias para responder às necessidades dos órfãos devido à Aids e outras crianças em contextos de vulnerabilidade ao HIV e à Aids. Até o momento, os recursos estão limitados à prestação de assistência médica para crianças e adolescentes portadores do HIV/Aids, à medidas de enfrentamento à transmissão vertical do HIV e aos financiamentos para a instalação e manutenção de casas de apoio/abrigos para crianças e jovens infectados, órfãos ou não. No conjunto, estas ações não garantem um ambiente de apoio aos órfãos, às crianças e aos adolescentes infectados ou afetados pelo HIV/Aids em suas famílias, o que seria alcançado se fosse oferecido a esta população medidas tais como: aconselhamento e apoio psicossocial adequados; garantia de matrícula na escola e acesso a habitação; boa alimentação e prestação de serviços sociais conforme são oferecidos a outras crianças (França, Doring & Stella, 2006).

Em síntese, os principais resultados da pesquisa foram:

a) crianças e jovens órfãos encontravam-se em situação de vulnerabilidade econômica (renda *per capita* de até ½ salário mínimo em 77% das famílias das crianças e 51% das famílias dos jovens) (Banco de dados da pesquisa “Estigma e Discriminação relacionados ao HIV/AIDS: impactos da epidemia em crianças e jovens na cidade de São Paulo”);

b) encontrou-se alta prevalência de sedentários entre crianças e adolescentes órfãos por Aids, mas ainda assim equivalente à população geral, sendo os meninos mais ativos do que as meninas (Barros, Zucchi & França, 2010);

c) não apresentaram déficits nutricionais e quase 20% estavam com excesso de peso (Bronhara, 2009);

d) a orfandade, apesar de considerada como “abandono” por profissionais quando abordaram o tema, não é assim percebida pelos jovens que perderam pai e/ou mãe para a Aids, pois eles costumam ter a atenção de um adulto que lhe oferece cuidado, educação, aconselhamento, entre outros, na medida do possível (Banco de dados da pesquisa “Estigma e Discriminação relacionados ao HIV/AIDS: impactos da epidemia em crianças e jovens na cidade de São Paulo”).

e) crianças e jovens órfãos devido à Aids, mesmo se não são portadores do vírus, vivem situações de estigma e discriminação relacionados a doença, como por exemplo: familiares, amigos e colegas faltam aos aniversários e recusam alimentos preparados na casa onde residem pessoas com HIV (Ferrara, 2009);

f) órfãos não portadores de Aids tendem a ser invisíveis para serviços de saúde e educação. No caso dos serviços de saúde, por exemplo, o foco central tem sido oferecer somente ao tratamento daqueles que são também infectados pelo HIV (Banco de dados da pesquisa “Estigma e Discriminação relacionados ao HIV/AIDS: impactos da epidemia em crianças e jovens na cidade de São Paulo”). Nas escolas, Aids e orfandade são considerados



temas secundários quando comparados a outros, como deficiência, violência, desemprego, drogas e sexualidade (Zucchi, Barros, Paiva & França, 2010).

g) houve uma proporção significativa de órfãos cujos pais falecidos se infectaram pelo HIV por uso de drogas injetável (13%) e um percentual relevante (47%) em que o modo de infecção era ignorado. Os demais casos foram identificados como associados à transmissão sexual (Banco de dados da pesquisa “Estigma e Discriminação relacionados ao HIV/AIDS: impactos da epidemia em crianças e jovens na cidade de São Paulo”).

Tendo em conta que crianças e jovens órfãos devido à Aids podem se constituir em um grupo em situação de vulnerabilidade ao uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas que o presente estudo, de desenho qualitativo, almejou descrever como se dava o uso de bebida alcoólica e outras drogas entre jovens (entre 15 e 24 anos) cujos pais (um ou ambos) morreram de Aids entre 2000-2004, e analisar como a rede de apoio social servia para que aqueles que faziam uso abusivo ou eram dependentes de álcool e outras drogas lidarem com este uso. Este tema, embora associado à epidemia da Aids, não pode ser incluído na primeira etapa da pesquisa que deu origem a este trabalho.

Para o presente estudo, entre os anos de 2011 e 2012 abordaram-se somente os domicílios das Zonas Noroeste e Oeste onde haviam sido entrevistados jovens e/ou cuidadores ao longo da pesquisa “Estigma e Discriminação Relacionados ao HIV/AIDS: Impactos da Epidemia em Crianças e Jovens na Cidade de São Paulo”. A preocupação foi a possibilidade de oferecer, como parte dos cuidados éticos deste estudo, uma retaguarda de serviços de atendimento no âmbito do Laboratório de Estudos da Família, do Gênero e da Sexualidade da Universidade de São Paulo (USP) e de mais fácil acesso aos que moravam em referidas regiões.

A partir dos formulários preenchidos na pesquisa original, se obteve o endereço e o número de telefone dos jovens órfãos a serem contatados. Quando não havia o registro do

número de telefone, este era acessado através de consultas feitas no site da Telefônica ou a partir da ligação realizada para vizinhos, tios, primos, entre outros que haviam deixado o número do telefone no formulário da pesquisa anterior. Quando nenhuma dessas alternativas funcionava, a pesquisadora ia pessoalmente ao endereço que havia sido anotado para verificar se os jovens ainda moravam na mesma residência e convidá-los a participar da pesquisa que resultou no presente estudo.

O total de 73 jovens que teriam entre 15 e 24 anos de idade e que residiam nos domicílios das Zonas Noroeste e Oeste da cidade de São Paulo (SP) foi possível recuperar do banco de dados da pesquisa original. Para o contato com os jovens, a pesquisadora se apresentava ao telefone como pertencendo ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP), explicava ao jovem sobre os objetivos desta nova inserção ao campo, o método, como se procederia à entrevista e sobre os cuidados éticos que seriam tomados. Então se verificava se o jovem teria interesse ou não em participar da nova etapa da pesquisa. Alguns recusavam imediatamente, sem dar possibilidade de o pesquisador convencê-los do contrário; outros pediam para ligarmos em outro momento, mas quando se procedia ao novo contato por telefone, este normalmente se encontrava desligado ou fora de área (a maioria dos números de telefones era de aparelhos celulares). Foram feitas pelo menos três tentativas de acesso aos jovens quando a ligação não era completada. Após isso, considerava-se que ele havia recusado fazer parte do estudo.

Nesse processo, houve situações em que nos foi informada por telefone a morte de um jovem, o desaparecimento e a mudança de endereço ou de número de telefone dos demais, sem ser possível conseguir informações sobre o novo domicílio ou contato telefônico onde poderiam ser encontrados.

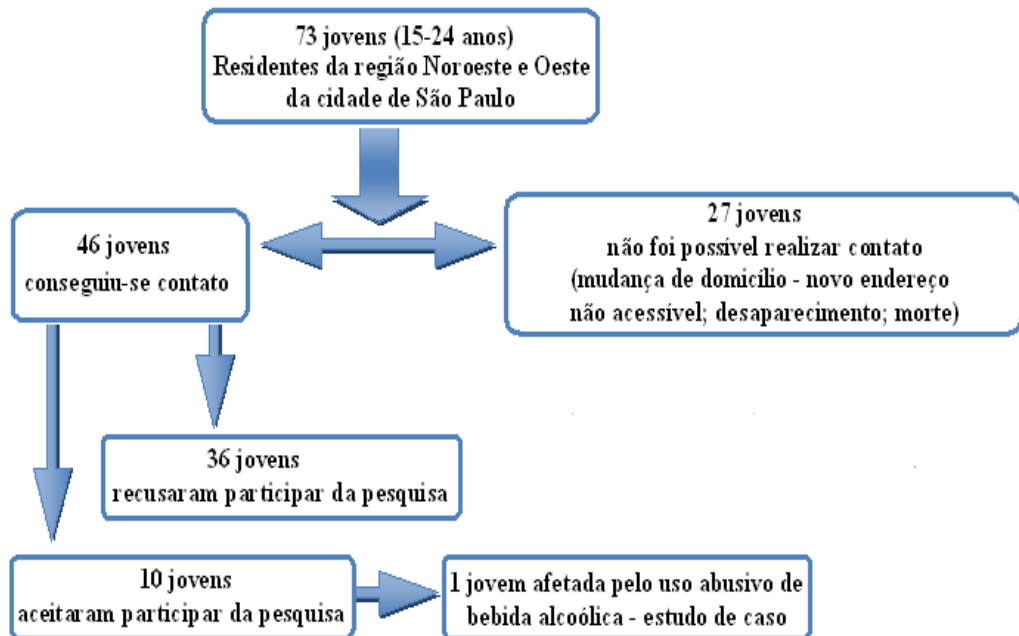
Aqueles jovens que aceitaram participar da pesquisa pelo contato feito por telefone foram, então procurados pela pesquisadora pessoalmente, momento em que se procedeu à entrevista com base em questionário.

Quando se decidiu pela visita direta ao local onde os jovens moravam, constatou-se que alguns não residiam mais no endereço acessado no banco de dados da pesquisa original. Algumas casas estavam abandonadas. Por vezes um vizinho ou familiar vinha para conversar, momento em que foi comunicada a morte de alguns jovens, ou haviam mudado de domicílio, mas não tinham informado o novo endereço da moradia, ou, ainda, haviam ido embora para outra cidade. Quando era possível ter acesso ao jovem, o procedimento de apresentação da pesquisadora e da pesquisa era realizado da mesma forma como ocorreu por telefone. Ou seja, quando os jovens aceitavam participar da pesquisa, no mesmo momento se seguia os procedimentos para a realização da entrevista semi-estruturada com base em questionário. Outros jovens pediram para que fosse feita em um segundo encontro, em um dia e horário mais apropriados para eles.

No momento em que se iniciaram as tentativas de contato com os 73 jovens selecionados, esperava-se que haveria dificuldade em encontra-los já que fazia quase cinco anos que eles haviam participado da pesquisa que deu origem a este estudo. No entanto, 46 deles ainda moravam no mesmo domicílio registrado nos protocolos da pesquisa anterior. Destes, 10 aceitaram participar da pesquisa, os outros 36 recusaram alegando não terem tempo para esta nova coleta de dados, ou, ainda, por não terem interesse em fazer parte deste estudo. Entre os 27 jovens com quem não foi possível realizar o contato, 1 estava desaparecido (era usuário de *crack*), 4 tinham morrido (1 foi assassinado) e os 22 restantes mudaram para um novo domicílio, cujo endereço não se conseguiu recuperar.

Todos os 10 participantes aceitaram serem entrevistados na própria residência e que as mesmas fossem gravadas. Depois das entrevistas realizadas, identificou-se somente 1 jovem

que consumia abusivamente bebida alcoólica. Com isso, a partir de uma análise inicial dos dados obtidos com a aplicação de questionário e a realização de 4 entrevistas com ela, constatou-se que com os resultados alcançados seria possível contemplar os objetivos delimitados para este trabalho.



Cabe ressaltar que tanto a procura por telefone e o contato pessoal com os jovens, quanto as entrevistas semi-estruturadas com base em questionário e a transcrição das mesmas foram realizadas por duas pesquisadoras: a autora deste estudo e outra doutoranda do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (Yone Fonseca), que desenvolveu um estudo com os participantes sobre a experiência e a situação de revelação de um ou de ambos os pais terem morrido devido à Aids. Além da motivação por realizar um estudo de seguimento da pesquisa original, optou-se por procurar os jovens em dupla, pois apesar de morarem na Zona Oeste de São Paulo, viviam em bairros que exigiam este cuidado da equipe de estudo, em função, por exemplo, do contexto de tráfico e de consumo de drogas existente próximo de suas moradias.

Embora se tenha planejado a realização das entrevistas com base em questionário em conjunto, várias entrevistas foram feitas apenas por esta doutoranda e outras somente por Yone, ou por ela acompanhada de outro aluno do mestrado que se prontificou a nos acompanhar nesta etapa do estudo, devido à dificuldade em conseguirmos conciliar nossos horários para ir à campo, assim como com os horários que os jovens estariam disponíveis em nos receber.

Na tabela abaixo encontra-se uma síntese do caminho adotado para a coleta de dados deste estudo.

**Tabela 1: Síntese da pesquisa e do estudo de seguimento implementados**

De 2004 a 2007	De 2010 a 2012
Realização da pesquisa “Estigma e Discriminação Relacionados ao HIV/AIDS: Impactos da Epidemia em Crianças e Jovens na Cidade de São Paulo”.	Realização do estudo “Uso de Álcool e Outras Drogas entre Jovens Órfãos cujos Pais Morreram de Aids na Cidade de São Paulo”.
Coordenadores: professor Doutor Ivan França Junior (Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP), e professora Doutora Vera Silvia Facciolla Paiva (Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - USP). Apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP 03/10883-5).	Pesquisadora: Ana Cláudia Wendt dos Santos. Orientadora: Professora Doutora Vera Silvia Facciolla Paiva (Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - USP). Apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP 2010/10157-6).
Aprovada nos Comitês de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São	Aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Paulo (FSP/USP) e dos Programas Municipal e Estadual de DST/AIDS de São Paulo.	(FSP/USP).
Objetivo principal: “analisar como o estigma e a discriminação associados ao HIV/AIDS aumentam a vulnerabilidade individual e programática de crianças e jovens, redundando em obstáculos ao acesso de cuidados adequados à saúde, lazer, convivência familiar e ao gozo de diversos outros direitos”.	Objetivo principal: descrever como se dava o uso de bebida alcoólica e outras drogas entre jovens (entre 15 e 24 anos) cujos pais (um ou ambos) morreram de Aids entre 2000-2004, e analisar qual a repercussão da rede de apoio social no lidar com o seu uso abusivo
Método: Abordagens quantitativas (estudo transversal) e qualitativas (entrevistas e grupo focal).	Método: Abordagem qualitativa (entrevistas semi-estruturadas com base em questionário e no Mapa de Redes).
Participantes: crianças (0-15 anos de idade) e jovens (15-24 anos de idade) que tiveram os pais (um ou ambos) falecidos por Aids entre os anos de 2000 a 2004 e que residiam na cidade de São Paulo.	Participantes: jovens (15-24 anos de idade) que tiveram os pais (um ou ambos) falecidos por Aids entre os anos de 2000 e 2004, que residiam na cidade de São Paulo e haviam participado da pesquisa original.
Amostra sorteada com base no banco de dados do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (PROAIM) e em prontuários ambulatoriais e hospitalares utilizados como fonte de informação sobre os endereços e sobre	Endereço e número de telefone dos jovens foram obtidos nos formulários preenchidos na pesquisa original. Na ausência destes dados, consultou-se no site da Telefônica e realizaram-se ligações para vizinhos, tios, primos, entre outros que haviam deixado o número do telefone no formulário da

<p>a situação filial. Identificou-se 6571 pessoas falecidas por Aids entre os anos de 2000 a 2004 na cidade de São Paulo. Excluiu-se todos os menores de 18 anos, os residentes fora do município, os com endereços ignorados e com endereços não localizados.</p>	<p>pesquisa anterior, assim como a pesquisadora deslocou-se pessoalmente ao endereço registrado para verificar se os jovens ainda moravam na mesma residência e convidá-los a participar do estudo.</p>
<p>Sorteou-se 2081 endereços. Localizou-se 626 jovens e 748 crianças. Realizaram-se entrevistas com aplicação de questionário estruturado com 343 cuidadores de crianças menores de 15 anos e com 275 jovens.</p>	<p>Abordaram-se somente os domicílios das Zonas Noroeste e Oeste para oferecer uma retaguarda de serviços de atendimento no Laboratório de Estudos da Família, do Gênero e da Sexualidade da Universidade de São Paulo (USP) e de mais fácil acesso aos que moravam em referidas regiões.</p>
<p>Contataram-se instituições universitárias, estaduais e municipais da área da saúde e escolas estaduais e municipais (Diretores/Coordenadores de serviços de saúde/educação que recebiam jovens vivendo com HIV; profissionais de saúde/educação - de nível universitário ou não; gerentes/equipes e ativistas), com atividades de prevenção relacionada ao HIV/Aids e ONGs de Aids. Visitaram-se duas ONGs que trabalhavam com jovens com HIV e seis escolas públicas e privadas.</p>	<p>Identificou-se 73 jovens entre 15 e 24 anos de idade e que residiam nos domicílios das Zonas Noroeste e Oeste da cidade de São Paulo (SP); 46 deles ainda moravam no mesmo endereço; 10 aceitaram participar da pesquisa. Dos 27 jovens com quem não foi possível realizar o contato, 1 estava desaparecido (era usuário de <i>crack</i>), 4 tinham morrido (1 foi assassinado) e 22 mudaram para um novo domicílio.</p>

<p>Realizaram-se vinte e uma entrevistas: quatorze com profissionais de saúde e sete com coordenadores pedagógicos, além de dois grupos focais com educadores.</p>	<p>Realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com base em questionário com 10 jovens. Identificou-se somente 1 jovem que consumia abusivamente bebida alcoólica, com quem foram realizadas mais 4 entrevistas semi-estruturadas, com a construção de seu Mapa de Redes.</p>

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Descrever o uso de álcool e outras drogas de jovens (entre 15 e 24 anos) cujos pais (um ou ambos) morreram de Aids.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- a. Caracterizar a vida cotidiana desses jovens, sua escolarização, profissionalização, sociabilidade;
- b. Descrever o uso ou não e os padrões de uso de álcool e outras drogas;
- c. Realizar um estudo de caso de uma jovem órfã que usava abusivamente de bebida alcoólica, a partir da descrição e análise de suas redes de apoio familiar, social e institucional utilizadas para lidar com o consumo abusivo da bebida.

### **4. Método**

#### **4.1 Participantes**

Jovens (entre 15 e 24 anos) cujos pais (um ou ambos) morreram de Aids entre 2000-2004, moradores das Zonas Noroeste e Oeste da cidade de São Paulo (SP), que haviam sido



entrevistados ao longo da pesquisa intitulada: “Estigma e Discriminação Relacionados ao HIV/AIDS: Impactos da Epidemia em Crianças e Jovens na Cidade de São Paulo”.

#### **4.2 Instrumentos**

Tratou-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, realizada em conformidade com os pressupostos da metodologia qualitativa, que buscou explorar ao longo dos encontros realizados com os jovens, como suas práticas cotidianas eram significadas por eles com base nos instrumentos que serão descritos abaixo, “interligados ao contexto em que se inserem e delimitados pela abordagem conceitual do pesquisador, trazendo à tona, na redação, uma sistematização baseada na qualidade, sem a pretensão de atingir o limiar de representatividade” (Biasoli-Alves, 1998, p. 149).

Para cumprir tal finalidade, foram utilizados como instrumentos: **a)** o diário de campo, onde se buscou registrar momentos e elementos do contexto individual e doméstico, dimensões sociais e programáticas no cenário em que os jovens estavam inseridos; **b)** entrevistas semi-estruturadas com base em questionário (Anexo 2) que exploraram os temas de interesse da pesquisa; **c)** entrevistas semi-estruturadas com base no Mapa de Redes do contexto do estudo de um caso, escolhido para aprofundar a dinâmica das redes de relações da jovem que indicou consumir abusivamente bebida alcoólica; **d)** oficinas devolutivas da análise dos resultados obtidos para os gestores de programas relacionados ao HIV/Aids e os participantes da pesquisa original e deste estudo.

##### **a) Diário de Campo**

A observação com registro em diário de campo adotada consistiu no envolvimento do pesquisador para a compreensão do cenário cotidiano dos participantes da pesquisa, sendo possível, desta forma, registrar dados referentes ao contexto físico, cultural, social e afetivo,

assim como as impressões sobre entrevistado, as interações estabelecidas entre as pessoas e observar as cenas que posteriormente poderão servir como base para a análise e discussão dos resultados (Flick, 2009; Paiva, 2006).

Incluídos no registro do diário de campo para este estudo, feito ao longo do processo de coleta de dados, foram as observações dos seguintes momentos: **a)** as conversas e interações pelo telefone e pessoalmente quando foi feito o convite para participarem deste estudo; **b)** indícios não verbais registrados como a atitude do participante ao longo da entrevista; **c)** o contexto da casa e situações da dinâmica e da interação familiar; **d)** as especificidades do bairro onde moravam (se havia postos de saúde próximo; acesso a meios de transporte; saneamento básico; espaços de lazer, etc.) e **e)** o envolvimento e as falas nas oficinas devolutivas.

#### **b) Entrevistas Semi-Estruturadas com Base em Questionário**

Com as entrevistas semi-estruturadas com base em questionário, pretendeu-se atualizar ou obter pela primeira vez (no caso dos jovens que eram menores de 15 anos na pesquisa original) informações sobre: o domicílio (características do cuidador do jovem, sobre religião e religiosidade, número de pessoas que viviam na casa, renda familiar); escolarização; atividades de lazer; acesso a benefícios sociais, etc. Para tanto, o questionário utilizado ao longo da pesquisa que deu origem a esta tese foi reformulado para incluir perguntas sobre o uso de bebida alcoólica e outras drogas que não foram coletadas na primeira inserção no campo, entre outras questões elaboradas para contemplar os objetivos deste estudo.

As perguntas referentes o uso de bebida alcoólica e outras drogas foram construídas com base em um questionário do Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Programa Nacional de DST e AIDS, de junho de 2005, que havia sido utilizado em um estudo intitulado “Pesquisa sobre Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/AIDS” e abordaram os seguintes temas: **a)** sobre o tipo de bebida alcoólica (cerveja,

vinho, vodka, etc.) e outras drogas (maconha, *crack*, cocaína, etc.) consumidas (caso o jovem fizessem uso de alguma bebida alcoólica e/ou de outras drogas); **b)** sobre a intensidade e frequência do uso; **c)** na companhia de quem e em que locais a bebida alcoólica e outras drogas eram utilizadas; **d)** há quanto tempo faziam tal uso, entre outras questões.

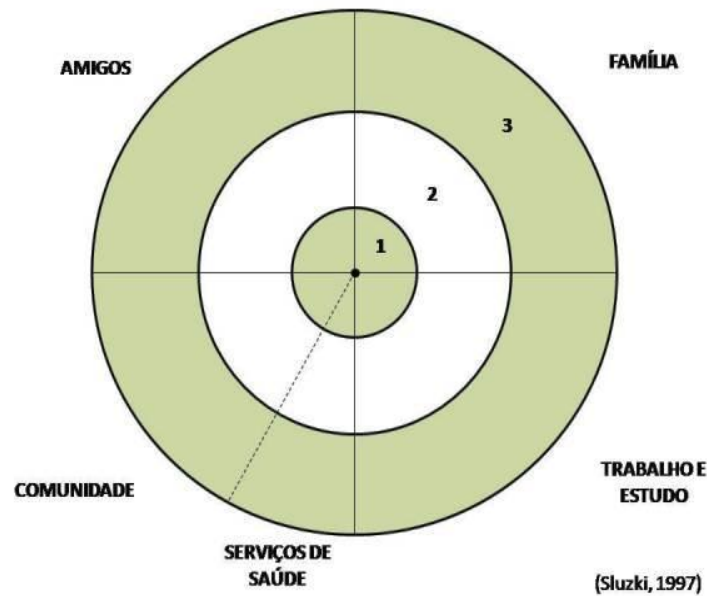
O questionário reformulado e utilizado para a presente tese foi previamente testado a partir da realização de entrevistas pilotos e as perguntas elaboradas poderão ser aproveitadas em outras pesquisas, conforme se pretendia como subproduto deste estudo.

### **c) Entrevistas Semi-Estruturadas com Base no Mapa de Redes**

As entrevistas semi-estruturadas com base no Mapa de Redes com a jovem afetada pelo uso abusivo de bebida alcoólica foram compostas por um roteiro de perguntas (Anexo 3) elaboradas seguindo uma formulação flexível, de modo que a seqüência e minúcia ficaram por conta dos relatos da entrevistada e da dinâmica do encontro. Este tipo de entrevista foi uma ferramenta importante para contextualizar o modo de vida da participante, seus sentimentos, valores, motivos e suas atitudes. Conforme esclarece Sartre (1987), o ser humano exterioriza seu pensamento através da materialidade da linguagem.

“Convém, portanto, estudá-la em todos os seus desenvolvimentos, descobrir sua significação subjetiva (isto é, para quem a exprime) e sua intencionalidade, para compreender-lhe a seguir os desvios e passar, enfim, à sua realização objetiva” (p. 162).

Durante a realização dessas entrevistas, um dos instrumentos que mediaram a conversa foi o “Mapa de Redes” apresentado abaixo:



Níveis de Significação	
1	Relações Íntimas (grupo significativo)
2	Relações Sociais (com contato pessoal)
3	Conhecidos (relações ocasionais/distantes)

Sluzki (1997) representou a rede de apoio social de uma pessoa a partir da formulação de um Mapa dividido em quatro quadrantes relacionados à família, às amizades, às relações de trabalho/escola e às relações comunitárias e de serviço (como os de saúde). Tal Mapa deve ser construído a partir de perguntas que são feitas ao entrevistado com o objetivo de auxiliá-lo na configuração da rede de pessoas significativas ligadas a ele naquele momento de sua existência, com suas respectivas funções, níveis de significância, entre outros.

De acordo com vários estudos (Coelho & Ribeiro, 2000; Costa & Ludermitz, 2005; Dabas, 2001; Moré, 2005; Ramos, 2002; Rodrigues & Madeira, 2009; Seidl & Tróccoli, 2006; Siqueira, Betts & Dell’Aglia, 2006; Sluzki, 1997; Souza, Kantorski, & Mielke, 2006; Troncoso, Avarez & Sepúlveda, 1996) materializar a rede de apoio social através do Mapa de Redes é uma forma de a pessoa ganhar meios de acessá-la com mais capacidade de mobilização de suas relações em prol de suprir suas necessidades, e também de criar novos

vínculos, caso seja preciso e desejado por ela. Ao se identificar seus anseios, bem como suas motivações e expectativas quanto a própria rede de apoio social, pode-se constatar com que indivíduos a pessoa pode contar e com quais pode tentar se aproximar para tornar sua rede eficiente e ativa.

A identificação do quanto uma pessoa está integrada a sua rede social ou isolada da mesma, também possibilita tecer considerações sobre o seu grau de bem-estar e satisfação com a vida e de seu poder de decisão e de autonomia. No entanto, é o próprio indivíduo que deve julgar se a sua rede de apoio social está atendendo ou não sua expectativa, a partir de critérios que ele mesmo se dá para avaliá-la. Muitas vezes, por exemplo, a qualidade do apoio social recebido é mais importante para a pessoa do que o tamanho da sua rede de relações.

Desse modo,

“o apoio social e afetivo está relacionado à percepção que a pessoa tem de seu mundo social, como se orienta nele, suas estratégias e competências para estabelecer vínculos, e com os recursos que esse lhe oferece, como proteção e força, frente a situações de risco que se apresentam” (Siqueira, Betts & Dell’Aglia, 2006, p. 149).

Vale ressaltar que a configuração do Mapa de Redes é uma representação do momento atual em que a pessoa se encontra, como uma fotografia de como estão suas relações naquela etapa de sua vida. Assim, o indivíduo pode identificar de uma forma sintética sua rede de relações, seja dentro da família, no círculo de amigos, na comunidade, etc. e, a partir disso, refletir sobre que atitudes tomar para modificá-la, ampliá-la ou reduzi-la, entre outros, conforme as suas necessidades no momento (Moré, 2005; Ramos, 2002; Seidl & Tróccoli, 2006; Sluzki, 1997; Troncoso, Avarez & Sepúlveda, 1996).

Para a confecção do Mapa de Redes da participante deste estudo (Anexo 4 – com a transcrição das entrevistas), a pesquisadora fez um modelo do mesmo em folha A4, que permitiu a ela a sua devida visualização e construção. No Mapa de Redes, pediu-se para a entrevistada inserir todas aquelas pessoas que eram significativas para ela em todos os quadrantes existentes. Ela foi representada no centro do mapa e orientada a colocar as pessoas

mais próximas a ela quando fossem aquelas com quem tinha maior satisfação com o vínculo estabelecido, enquanto que as mais afastadas seriam as que não tinham tanta significância, mas que ofereciam algum tipo de apoio.

Também foi esclarecido a ela que os membros de uma rede de apoio podem se relacionar entre si ou apenas com a pessoa que faz a conexão entre eles e que os quadrantes representados no Mapa de Redes não funcionam de forma isolada, pois um interfere no funcionamento do outro.

Todos os nomes mencionados pela participante foram anotados, assim como foram identificados em qual nível de proximidade cada pessoa referida por ela deveria ser incluída e o tipo de vínculo que possuíam com a entrevistada em questão. Como produto da elaboração final do Mapa de Rede, todos os nomes citados pela participante foram modificados pelo tipo de relação que possuíam com ela (mãe, pai, amigo, vizinho, etc.), sendo que o sexo de cada um foi representado pelo símbolo do sexo masculino em verde (♂) e do sexo feminino em rosa (♀). Cabe destacar que o próprio nome da participante foi modificado (ela será tratada por Edith) conforme recomenda as normas de ética em pesquisa, assim como foi alterado ou suprimido qualquer dado que a pudesse identificar, com a finalidade de preservar a confidencialidade das informações obtidas.

O objetivo da utilização do Mapa de Redes com a jovem que foi objeto do estudo de caso foi o de que ela compreendesse o que é uma rede de apoio social; como sua rede era constituída e de que modo funcionava; como poderia modificar suas relações conforme as atitudes que ela mesma se dispusesse a tomar neste sentido, tendo sempre em conta os recursos que cada relação poderia lhe oferecer no momento para, com isso, diminuir sua vulnerabilidade ao uso abusivo de bebida alcoólica. Para tanto, se optou em descrever com a participante as funções e os atributos de cada integrante de sua rede de apoio social, elementos considerados suficientes para responder aos objetivos propostos para este estudo.

### **c1.) Elementos para Avaliação do Mapa de Redes**

Fornecer apoio é uma das principais funções que pode assumir a rede de relações significativa de qualquer indivíduo. Segundo Moré (2005) e Sluzki (1997, 2000), cada integrante da rede de apoio social tem funções diferentes, sendo que a mesma pessoa pode desempenhar várias ou apenas uma delas, que são: **i)** de *companhia social* (fazer atividades e participar de eventos juntas); **ii)** de *apoio emocional* (dar acolhimento; compreender os problemas apresentados pela pessoa); **iii)** de *guia cognitivo ou de informação* (prestar informações relevantes para a pessoa tomar decisões no seu cotidiano); **iv)** de *regulação social* (tecer comentários sobre suas atitudes; chamar a atenção para a sua responsabilidade nas ações); **v)** de *ajuda material, instrumental ou de serviços* (pode ser oferecida por profissionais da área da saúde ou da educação; por amigos que ofereçam auxílio financeiro ou a solução para problemas práticos do dia-a-dia); **vi)** de *acesso a novos contatos* (viabilização da construção de novas relações de modo a pessoa ampliar sua rede de contatos e de apoio).

Os integrantes de uma rede de apoio social não possuem funções estanques, ou seja, em um momento eles podem ser fontes exclusivamente de apoio material e em outro se mostrar bons guias cognitivos e oferecerem apoio afetivo. Conforme mostram Moré (2005) e Sluzki (1997), pode-se avaliar a rede de apoio social da pessoa também com relação aos atributos de cada vínculo estabelecido, ou seja, de acordo com: **a)** a *função predominante* que a pessoa exerce para o indivíduo; **b)** a *multidimensionalidade* do vínculo, isto é, a variedade de funções que exerce os integrantes da rede; **c)** a *reciprocidade*, ou seja, se o indivíduo desempenha a mesma função ou uma equivalente a que outra pessoa exerce para ele; **d)** a *intensidade* ou o grau de compromisso e intimidade existente; **e)** a *frequência* dos contatos estabelecidos e **f)** a *história* em comum entre eles, isto é, há quanto tempo se conhecem e como houve a ativação do vínculo.

Vale ressaltar que estudos (Dessen & Braz, 2000; House, Landis, & Umberson, 1988; Moré, 2005; Ribeiro, 1999; Rodrigues & Madeira, 2009; Seidl & Tróccoli, 2006; Siqueira, Betts & Dell’Aglío, 2006; Sluzki, 1997; Troncoso, Avarez & Sepúlveda, 1996) apontam que a extensão e a qualidade das relações da rede de apoio são igualmente influenciadas por fatores tais como a faixa etária da pessoa em questão, seu gênero, sua condição sócio-econômica e cultural, etc. Um adolescente, por exemplo, geralmente tem uma rede de apoio social mais extensa do que a de um idoso, por conta de seus colegas de escola, professores, amigos do bairro. Enquanto que um idoso poderá estar viúvo e, caso esteja aposentado, não ter mais contato com os colegas de trabalho. Quando mais diversificadas forem as relações do indivíduo, mais serão os recursos que ele poderá se valer no momento em que precisar e, com isso, haverá menos possibilidade de ele se tornar vulnerável aos efeitos negativos de situações estressantes e traumáticas.

#### **d) Oficinas Devolutivas da Análise dos Resultados Obtidos**

Como parte do processo de elaboração de sugestões programáticas sobre o contexto estudado, decidiu-se pela realização de uma oficina de devolução da análise dos resultados aos jovens e cuidadores das crianças que fizeram parte da pesquisa original e aos jovens que participaram deste estudo. Realizou-se uma oficina devolutiva também com os profissionais das instituições que colaboraram com a realização da pesquisa original. Desta forma, se almejou que os participantes pudessem tirar benefícios imediatos ao conhecerem os resultados obtidos e a produção dos pesquisadores sobre o assunto, ao mesmo tempo, testamos nossas interpretações sobre as informações obtidas.

Na perspectiva em Psicologia Social adotada, a análise dos dados inclui sugestões para as políticas públicas para que se diminua a vulnerabilidade social e programática ao adoecimento, assim como a discussão de como abordar a vulnerabilidade individual, no plano



do sujeito, o que tem gerado repercussões positivas nos participantes que comparecem às devolutivas.

#### **dl.) Dinâmica das Oficinas Devolutivas**

Para que as oficinas devolutivas ocorressem com organização, tempo hábil, e preparada de modo a que os convidados aproveitassem o máximo do que foi produzido, foram feitas diversas reuniões prévias entre a equipe de pesquisa do estudo que deu origem a esta tese e esta pesquisadora, como intuito de discutir e prepará-la. Em seguida, procedeu-se aos contatos com os participantes para convidá-los a fazer parte desta etapa do estudo.

- **Oficina devolutiva com os profissionais das instituições colaboradoras:**

O primeiro contato com as instituições que contribuíram com a pesquisa original foi feito por telefone e o convite para participar da oficina foi dirigido aos profissionais que dela fizeram parte. Após esse contato, uma carta foi enviada com todas as informações sobre o encontro (objetivo, endereço, data, hora, etc.) para reforçar e tornar oficial o convite feito.

A oficina devolutiva com os profissionais ocorreu em agosto de 2012 e contou com a presença de vinte participantes que, durante uma tarde, ouviram e discutiram os resultados apresentados. Após esse encontro foi enviado a eles por e-mail a apresentação das pesquisas que foi exposta em Power Point durante a oficina, para que eles pudessem ter acesso por escrito aos resultados obtidos e, com isso, tivessem possibilidade de trabalhar e pensar sobre o modo como estavam procedendo em referência à realidade que lhes foi mostrada.

A dinâmica da exposição do estudo para os profissionais buscou o diálogo com os participantes: discutiu-se o objetivo da pesquisa e a sequência cronológica de como se procedeu ao longo do estudo; como os serviços e as instituições foram selecionados; quantos profissionais participaram; que serviços e instituições foram visitados; como os jovens e

cuidadores foram escolhidos para a pesquisa (tanto da original quanto a que se refere esta tese); e os resultados e as conclusões alcançadas. Depois disso, foi aberta a discussão sobre o que foi exposto e sobre todo o processo de pesquisa para o qual haviam contribuído e finalizou-se com algumas recomendações a partir do que foi verificado em todo o estudo.

- **Síntese dos temas discutidos com base na apresentação dos resultados na oficina devolutiva com os profissionais das instituições participantes/colaboradoras:**

A necessidade da intersetorialidade posta pela equipe de pesquisa foi tratada como uma questão utópica pelos participantes, que ressaltaram a ausência de diálogo entre os profissionais do setor da educação e os da saúde. Profissionais da área da educação, discutiu-se, são pouco preocupados com a questão da Aids, pois a entendem como uma temática apenas referente à área da saúde.

A ausência de políticas públicas específicas para os jovens órfãos foi outro tema relevante na discussão. Uma das representantes de um serviço de saúde disse que os jovens atendidos no serviço tem vários problemas, como os referentes à violência e ao tráfico, e a Aids seria o menor deles.

Sobre os motivos de o debate sobre a orfandade não acontecer no campo da saúde, foi dito que não há espaço de diálogo na relação médico/paciente, ou seja, não se comenta sobre o assunto. Destacou-se que a Aids abre acesso a certos direitos e auxílios, e expressa uma espécie de “sinergia de pragas” em determinados bairros de São Paulo.

Já em relação às instituições da área da educação, foi relatado por uma de suas representantes que, do mesmo modo que na área da saúde, o tráfico e o uso de drogas são os principais problemas enfrentados por eles e que não há ações de prevenção nas escolas do estado. Uma profissional de uma ONG ressaltou a grande dificuldade de se ter acesso às escolas e de se conseguir entrar nas mesmas para realizar algum tipo de trabalho, seja sobre

temas como a Aids, as drogas, etc. Foi também discutida a questão da liberdade assistida para os jovens envolvidos com a algum tipo de crime, que acabava sendo relacionado a uma questão de sobrevivência, ou seja, muitos deles ficam na família e estavam em liberdade assistida.

Igualmente foi discutida a complexidade da situação que estavam passando certas ONGs, que como estavam sendo desmontadas, acabavam trabalhando somente na assistência de crianças e jovens portadores de HIV e perdiam muito tempo na solicitação de verbas para outros projetos. O recorte social da Aids tinha que ser colocado apenas como pano de fundo, pois se fosse posto abertamente não se conseguiria o apoio necessário. Assim, questões como as que enfrentam especificamente as crianças e os jovens órfãos de Aids eram mascaradas nos projetos, porque de outro modo o dinheiro demorava a sair.

Nesse momento, foi proposto pela equipe de pesquisadores um canal aberto entre o Nepaids/USP (grupo de pesquisa que tomou a iniciativa deste estudo), as escolas e as ONGS para a realização de futuros projetos. Uma das professoras presentes, por sua vez, afirmou que os dados apresentados estavam de acordo com a realidade que ela vivia e se colocava à disposição para co-orientar projetos a respeito da temática discutida. Outra profissional afirmou que é possível fazer muito mais do que o que estava sendo posto em prática no seu bairro. Uma das participantes também expôs ter como projeto treinar educadores sobre como tratar a pessoa para ela cuidar melhor de sua saúde. Outra sugestão dada foi a de incluir os jovens como bolsistas de iniciação científica nas instituições de ensino. No caso do ensino médio, propôs-se a preparação e a colocação em prática de um projeto intersetorial de prevenção às drogas com base no que já foi feito em projetos de extensão, além da realização de um intercâmbio com as instituições de educação com o intuito de estimular os jovens e os professores. Nesse sentido, pediu-se o apoio de co-orientação dos doutorandos e de outros professores presentes.

- **Oficina devolutiva com os jovens e cuidadores participantes:**

O contato com os jovens órfãos e cuidadores também foi feito primeiramente por telefone. Neste momento, era verificada a aceitação ou não de comparecerem à oficina, assim como era esclarecido a eles que seriam ressarcidos de qualquer gasto que tivessem com a participação no encontro (condução; alimentação). Caso eles não aceitassem, agradecia-se a sua colaboração e assegurava-lhes a chance de fazer parte do evento se mudassem de ideia e nos avisassem sobre tal decisão. Todos os que aceitaram participar da oficina receberam uma carta com as informações necessárias (local, hora, etc.) para reforçar e oficializar o convite feito. Nas situações em que ninguém atendia ao chamado telefônico ou o aparelho celular encontrava-se fora da área disponível, após três tentativas dava-se por encerrada a procura pelo jovem.

A oficina devolutiva feita com os cuidadores e jovens órfãos que fizeram parte da pesquisa original e com os jovens órfãos que participaram do presente estudo também ocorreu em agosto de 2012. Compareceu a este encontro o total de quatro cuidadores e uma jovem órfã entrevistados nos anos de 2005/2006.

A apresentação feita aos jovens e cuidadores teve como base o material exposto em Power Point aos profissionais, mas procurou focar os aspectos que considerassem as demandas e perspectivas específicas do grupo em questão. Enfatizou-se, por exemplo, as experiências vividas por eles em termos de estigma e discriminação, a relação estabelecida com sua rede micro e macro social, entre outros dados relacionados à orfandade e a Aids. O encontro suscitou perguntas e depoimentos importantes entre os participantes, o que demonstrou a relevância da realização de tais oficinas.

- **Temas discutidos na oficina devolutiva com os jovens e cuidadores:**

Assim como ocorreu na oficina devolutiva realizada com os profissionais das instituições que participaram e colaboraram com a pesquisa original, aqui também se buscou garantir a discussão sobre o material apresentado. Como resultado, se obteve os seguintes relatos:

- Uma jovem corroborou os dados obtidos com a pesquisa, ao afirmar que quando menina teve que cuidar dos irmãos mais novos. Ao mesmo tempo, relatou que nunca contou sobre a morte do progenitor por medo de sofrer estigma e discriminação. Disse, ainda, que todo mundo fala do câncer como se fosse bonito sofrer e morrer por causa da doença, enquanto que quem tem Aids é sempre representado como drogado e homossexual. Trata-se de uma doença feia, que ninguém quer expor. Já o drama do câncer é mostrado até nas novelas.

- Uma cuidadora também afirmou que não comentava sobre a morte por Aids de um familiar por medo de discriminação, pois as pessoas que souberam do caso não quiseram mais frequentar a sua casa.

- Do mesmo modo, outra cuidadora procurava esconder a causa da morte do irmão igualmente por receio de vir a sofrer discriminação. Dizia que ele havia morrido de leucemia. Apenas para os familiares mais próximos contou o verdadeiro motivo de seu falecimento. Comentou ainda, que integrantes de sua própria família chegaram a rejeitar seu sobrinho, por acreditarem que ele também tinha Aids. Já ela própria, mesmo tendo conhecimento de que sua cunhada tinha a doença, deixava-a cozinhar e comia o que ela preparava, pois sabia que não era deste modo que se contaminaria com o vírus. Falou que acreditava que o melhor remédio para tratar alguém com Aids era o carinho e o amor.

- Outra situação relatada pelos presentes sobre discriminação e preconceito foi o de uma colega de uma das participantes que morreu de Aids e deixou quatro filhos pequenos para serem criados, mas que ninguém queria ficar perto por medo de se infectarem pelo vírus.

- Já uma das cuidadoras que foi fazer exame de sangue para verificar se tinha contraído HIV, contou sobre o preconceito que sofreu de duas funcionárias do serviço de saúde, que fizeram sinal uma para a outra ao serem informadas que ela havia ido ao serviço para fazer o teste.
- Os demais cuidadores confirmaram que as pessoas não costumavam frequentar a casa de quem sabiam que eram portadoras de HIV, também não comiam o que a pessoa cozinhava e não encostavam se a ela se havia machucado, pelo receio de contraírem o vírus. Como os participantes apresentaram dúvidas sobre como se transmite o HIV, foram prestados esclarecimentos a eles sobre o assunto.
- No encerramento da oficina devolutiva, os cuidadores e a jovem órfã afirmaram que tinha sido muito bom e esclarecedor terem participado. Em função disso e do que foi discutido no decorrer do encontro, a equipe de pesquisa avaliou como relevante o uso de oficinas devolutivas como forma de dar um retorno à população sobre o que é produzido nas universidades e também como um modo de saber como as pessoas não envolvidas diretamente com as pesquisas são impactadas pelos resultados obtidos.

## **5. Aspectos Éticos**

A pesquisa maior do qual se originou a presente tese foi aprovada nos Comitês de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e dos Programas Municipal e Estadual de DST/AIDS de São Paulo, bem como se encontra em conformidade com as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde).

O projeto de deste estudo intitulado “Uso de Álcool e Outras Drogas entre Jovens Órfãos cujos Pais Morreram de Aids na Cidade de São Paulo” também foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

Com relação às visitas domiciliares feitas aos jovens órfãos que aceitaram serem entrevistados, procurou-se tomar todos os cuidados necessários para manter a confidencialidade das situações observadas para que apenas a família visitada, bem como o jovem participante, conhecessem os objetivos da pesquisa e os instrumentos utilizados. Igualmente se garantiu aos entrevistados que sua participação era voluntária, com a devida autorização dos mesmos ou de seus responsáveis (em caso de jovens entre 15 e 18 anos de idade) a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento (redigido conforme Resolução 196/96 – Anexo 1) e que a entrevista poderia ser interrompida a qualquer momento, sem qualquer prejuízo assistencial ou de qualquer outra ordem. Os participantes também foram informados que seus nomes ou qualquer outro dado que os identificassem não seriam divulgados e que o conjunto de materiais referentes a eles e suas famílias (questionário, fitas gravadas, transcrições, entre outros) seriam mantidos em local seguro, de acesso exclusivo da pesquisadora.

Todas as entrevistas foram gravadas e ocorreram na própria residência dos participantes, conforme acordo prévio e solicitação dos mesmos. Em todos os casos se conseguiu que o contexto do encontro fosse o mais tranquilo e seguro possível para a abordagem da temática pesquisada, bem como se garantiu o direito à privacidade e confidencialidade das informações fornecidas. Procurou-se cuidar, ainda, para que as entrevistas durassem, no máximo, 60 minutos, dado os conteúdos que foram tratados e que poderiam gerar maior estresse e sofrimento aos participantes. Nos casos em que houve mobilização emocional dos entrevistados, ou a identificação de necessidades de atenção psicossocial ou de natureza jurídico-legal, eles foram aconselhados e encaminhados à rede de serviços existentes na cidade de São Paulo (SP), preferencialmente próximos ao local onde residiam. Esse procedimento também foi adotado com três jovens com quem se conversou por telefone, mas que não aceitaram ser entrevistados, pois eles solicitaram e tinham interesse

apenas neste tipo de ajuda e apoio. À medida que os dados foram sendo obtidos, se procedeu à transcrição das entrevistas gravadas.

A realização das oficinas devolutivas juntos a todos os que participaram da pesquisa original e deste estudo também englobou uma preocupação ética em divulgar os resultados alcançados, de modo a compartilhar com eles as análises feitas sobre o processo realizado e os dados obtidos. Com isso se buscou reforçar a importância da participação deles nesse caminho e também colocar em suas mãos a realidade que nos apresentaram e que é possível de ser modificada, conforme as iniciativas que forem tomadas nesse sentido.

## **6. Dificuldades Encontradas no Estudo**

Vários percalços ocorreram no decorrer da realização deste estudo. A recusa de vários jovens em participar da pesquisa, por exemplo, com a argumentação de que não teriam tempo disponível para responder ao questionário ou de que não tinham interesse, confirmou as dificuldades geradas pela falta de contato posterior quando foi finalizada a pesquisa que deu origem a esta tese. Com isso, deixou-se de legitimar junto aos participantes a contribuição social da pesquisa e de fortalecer a certeza dos benefícios que a dedicação de cada um no estudo poderia promover, de entender a sua contribuição específica quando recebe o pesquisador e dedica certo tempo a ele.

Esse fato foi importante para repensarmos pesquisas de seguimento deste tipo, valorizando nossa opção por fazer uma restituição dos resultados obtidos aos que participaram da pesquisa original e do presente estudo, por meio da realização de uma oficina que fez parte do processo de elaboração das sugestões programáticas sobre a temática.

Sobre as dificuldades surgidas e esperadas na realização das oficinas, acreditava-se que seria complicado encontrar tanto os jovens órfãos assim como os cuidadores e profissionais das instituições que participaram da pesquisa original, já que fazia cinco anos



que havia sido feito o primeiro contato com eles. No entanto, com relação aos profissionais, foi possível localizar a maior parte deles, sendo que destes, a maioria compareceu à oficina.

Com respeito aos jovens e os cuidadores, a procura foi difícil. Não foi possível localizar muitos deles (o telefone não conferia com o que estava anotado no protocolo; ou haviam mudado de endereço; ou o chamado telefônico não era atendido em nenhuma das tentativas feitas; etc.). Com aqueles em que foi possível entrar em contato, boa parte aceitou o convite e afirmou que compareceria ao encontro.

O fato de ter havido um número menor de participantes do que o esperado pode ter ocorrido devido ao fato de poucos jovens e cuidadores terem aceitado o convite e, quando esta pesquisadora chegou ao local em que seria realizada a oficina devolutiva foi identificado que o porteiro do prédio avisava às pessoas que o evento estava acontecendo em outro lugar, o que foi solucionado poucos minutos depois, mas sem termos como avaliar o prejuízo que tal informação indevida acarretou ao encontro.

Além disso, receava-se que poderia haver um hiato muito grande em realizar uma oficina devolutiva com pessoas que haviam participado a muito tempo da pesquisa original e isso poderia prejudicar o aproveitamento das mesmas sobre o estudo. No entanto, acredita-se que, apesar disso, os participantes puderam tirar benefícios ao conhecerem os resultados da produção dos pesquisadores, em função do retorno que foi dado no momento do debate com eles do que havia sido apresentado. Assim, entende-se que os participantes valorizaram o fato de terem feito parte deste empreendimento, tornando evidente a contribuição que prestaram para o incremento do conhecimento sobre o tema e que, com isto, fez mais sentido para eles fazerem parte de outras pesquisas no futuro, bem como o aproveitamento que podem ter diretamente com tal atitude.

## **7. Quadro de Análise dos Resultados**

### **7.1 O Quadro da Vulnerabilidade e a Abordagem Psicossocial**

De acordo com Ayres, Paiva e França (2012) “O conceito de vulnerabilidade designa um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção” (p. 78). No caso deste estudo, estaremos focalizando a vulnerabilidade ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Embora o termo vulnerabilidade e algumas construções conceituais em torno dele não sejam exatamente novos, sua emergência como conceito na saúde pública contemporânea deu-se no contexto da construção de respostas à epidemia de HIV/Aids, para superar o uso da noção de epidemiológica de comportamento de risco e grupo de risco que ampliava a estigmatização dos afetados e doentes. Mais recentemente ficou expresso o prejuízo da exportação sem mediação desses conceitos para a área da prevenção (Ayres, 2009; Mann & Tarantola, 1996; Sánchez & Bertolozzi, 2007).

A definição de grupo de risco foi muito utilizada a partir da década de 1950 como saber mediador da prevenção e para fazer referência ao quanto um indivíduo ou grupo tinha possibilidade de contrair ou desenvolver doenças. A pretensão do paradigma do risco era prever, controlar e até eliminar fatores de risco à saúde de certas pessoas e populações. Essa perspectiva, conhecida como História Natural das Doenças (HDN), remeteu exclusivamente ao indivíduo a responsabilidade por seu processo de saúde-doença, sem considerar que variáveis sociais e institucionais/programáticas também intervêm para que ocorram danos à saúde (Ayres, França & Calazans, 1997; Ayres, Paiva, França, 2012; Meyer, Mello, Valadão & Ayres, 2006).

Enquanto que na década de 70 houve uma renovação nas práticas de saúde como vinham sendo realizadas que, entre outras coisas, não estava solucionando nem melhorando a

qualidade de vida da população como se propunha, já que o foco das ações estava voltado basicamente para o cotidiano hospitalar e para as variáveis biológicas que faziam com que as pessoas adoecessem e viessem a óbito. Assim, passou-se a se aclamar a necessidade de se construir uma nova perspectiva em saúde, onde os profissionais voltassem sua atenção para as intervenientes ambientais e o estilo de vida do indivíduo que contribuía sobremaneira para o desenvolvimento de sua condição de saúde ou doença. Tal perspectiva foi intitulada como “Nova Promoção da Saúde” (NPS). Apesar dos avanços que proporcionou, como o aumento da troca entre as especialidades científicas e os valores encarnados pelas pessoas ou por dada comunidade para viabilizar a estes um maior domínio sobre os quadros que geravam enfermidades e qualidade de vida, ainda manteve a prática focada no setor da saúde, regida pelo modelo biomédico, e da educação e a atenção voltada ao indivíduo, com intuito de mudar seu comportamento (Ayres, 2009; Ayres, Paiva & França, 2012; Paiva, 2013).

O termo vulnerabilidade considera tanto as ações das pessoas em seu cotidiano de vida, quanto o contexto social em que eles estão inseridos e os recursos institucionais que lhes são proporcionados como elementos que articulados determinarão o grau de vulnerabilidade a que estão submetidos. Pode-se dizer, de forma sintética, que enquanto a definição de risco ou de comportamento de risco mostra o nível de probabilidade de dada pessoa ou população em sofrer agravos ou doenças, a de vulnerabilidade fornece informações sobre o grau de iniquidade e desigualdade social existente (Ayres, França & Calazans, 1997; Ayres, Paiva & França, 2012). Desse modo, “a vulnerabilidade antecede ao risco e determina os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer”, além de indicar “grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção e/ou garantia dos seus direitos de cidadania” (Bertolozzi *et al.*, 2009, p. 1327).

Segundo Barbosa e Sawyer (2003), Delor e Hubert (2000), Meyer Mello, Valadão e Ayres (2006) e Sánchez e Bertolozzi (2007), esse termo passou a ser muito usado a partir da

década de 1990 na área da saúde pública em função da epidemia da Aids, das consequências a saúde e do impacto social que provocava, para tentar compreender como se dava este fenômeno, sem restringir ao indivíduo a responsabilidade pela contaminação pelo HIV. Assim, de acordo com mencionados autores, procurou-se identificar os grupos sociais e as pessoas que teriam maior grau de vulnerabilidade a se infectarem pelo vírus, ao invés de utilizar a concepção de risco ou grupo de risco, para mostrar que esses grupos ou pessoas tinham direito de modificar seu contexto de vida e saírem da situação em que se encontravam.

No livro “Aids no Mundo”, Mann (1993) já alertava para o fato de que para se compreender efetivamente a epidemia da Aids e a infecção pelo HIV era preciso ascender ao conhecimento das variáveis individuais de tal fenômeno e ter em conta também os fatores sociais e institucionais que interferiam para que a doença e a infecção pelo vírus estivessem ocorrendo em grande proporção. A prevenção de doenças, nesse sentido, é entendida como tendo uma parte de responsabilidade do indivíduo, mas que agrega variáveis e também responsabilidades de gestores e governos no plano social, econômico, cultural e político para que possa efetivamente acontecer. A perspectiva da vulnerabilidade, com isso, implica na identificação das condições de vida de certa pessoa ou grupo de pessoas, que redes de serviços elas tem condições de acessar, que programas culturais e de lazer podem frequentar, que formação profissional podem implementar, entre outros, para com isso modificar e melhorar a sua situação de vida (Ayres, França, Calazans, Salletti., 1999, 2006; Barbosa & Sawyer, 2003; Delor & Hubert, 2000; Hart, 2009; Paiva 2006, 2009; Sánchez & Bertolozzi, 2007).

A produção brasileira no quadro da vulnerabilidade (Ayres *et al.*, 1999, 2006; Paiva, 2006, 2009, 2012), destaca a articulação existente entre os fatores pessoais, compreendida sempre como intersubjetiva, e a determinação programática de sua suscetibilidade a certos agravos, que no caso do Brasil deve ser pensada como do âmbito do Sistema Único de Saúde

e no contexto da definição do direito à saúde como direito universal garantido pela Constituição (e do acesso à saúde integral de qualidade). Sendo assim, essa abordagem da vulnerabilidade refere-se a uma subjetividade constituída e concebida intersubjetivamente, implicada em contextos sócio-culturais e também programáticos específicos (Paiva, 2009).

Dentro dessa compreensão, um indivíduo encontra-se mais ou menos exposto e vulnerável ao adoecimento quando as dimensões individual, social e programática estão articuladas de tal modo que o levam a esta condição, ou seja, as condições institucionais, sociais, culturais, econômicas e morais a que determinadas pessoas encontram-se inseridas podem ampliar a vulnerabilidade a determinados agravos, especialmente se não for disponibilizado a elas e pensado em conjunto os meios necessários para enfrentá-los (Ayres *et al.*, 1999, 2006; Paiva 2006, 2009, 2012). Portanto, conforme apontado por Ayres (2009), determinado grupo de pessoas pode ser definido como vulnerável a doenças e outros agravos pelas “características macropolíticas, econômicas e socioculturais que reforçam ou diluem o risco individual” (p. 98), levando-se em consideração, ainda, que toda situação de vulnerabilidade é dinâmica e precisa ser compreendida em termos de seu dinamismo.

Como mostram Ayres *et al.* (1999, 2006) e Paiva (2009, 2012), desde o seu surgimento, o conceito de vulnerabilidade tornou-se imprescindível e útil para se compreender de forma mais ampla e crítica o processo complexo de saúde e doença em certas pessoas e em dadas populações e, com isso, intervir com maior sucesso em situações de adoecimento ou de epidemia e na promoção da saúde. Os referidos autores ainda destacam que essa concepção de vulnerabilidade igualmente implica no envolvimento de diversos campos da sociedade para a superação dos problemas apresentados por dada população, assim como possibilita entender todas as práticas de saúde como sociais e históricas.

Em função disso que a vulnerabilidade dos jovens que perderam os pais (um ou ambos) para a Aids, em especial, a que foi exposta ao uso abusivo de álcool e drogas, foi

interpretada neste estudo segundo suas 3 dimensões concebidas como inextricavelmente implicadas, ou seja, vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social e vulnerabilidade programática.

A análise da *vulnerabilidade individual* abordou o nível e a qualidade da informação disponível e o quanto a pessoa consegue compreendê-la e aplicá-la no seu cotidiano. No modelo proposto por Mann (1993), o plano individual é descrito com base em variáveis cognitivas e comportamentais. As variáveis cognitivas dizem respeito à quantidade e qualidade das informações dispostas às pessoas e as condições que elas têm de compreendê-las. Enquanto que as comportamentais implicam as atitudes de proteção adotadas, além das condições, capacidades e do empenho das pessoas em realizá-las, ou seja, se agem de modo a se prevenir de certas doenças e agravos ou preferem se conduzir de forma passiva, esperando que as coisas ocorram com eles e se estão abertos a mudar de atitude para tornarem-se menos suscetível a sofrerem doenças e agravos, o que implica sua trajetória de vida, os projetos que tem de futuro e como se relacionam com os outros ao seu redor. Desse modo, a atitude da pessoa é entendida como consequência de sua ação implicada com o contexto social em que se encontra inserido e os recursos institucionais que possui, isto é, as condições objetivas do ambiente que vive, e o quanto essa pessoa tem clareza dos instrumentos que pode utilizar para transformar sua situação de vida (Ayres, 2009; Ayres *et al.* 1999, 2006; Ayres, Paiva & França, 2012).

Na produção brasileira mais recente (Ayres, Paiva & França, 2012), a análise da dimensão individual da vulnerabilidade concebe o plano do indivíduo como o plano da pessoa *em relação* e começa por concebê-la como *sujeito do direito à saúde*. Ao ampliar outras abordagens epidemiológicas e sociocognitivas, os aspectos considerados não são concebidos apenas como atributos individuais. O indivíduo é compreendido como *intersubjetividade* e como ativo coconstrutor, e não apenas o resultado (efeito) das relações sociais que devem,

então, ser remodeladas para garantir o “comportamento saudável”. Essa concepção integra, portanto, a relevância das redes de apoio e o uso do Mapa de Redes para, na interação com a pessoa abordada nas ações de prevenção e cuidado, mitigar sua vulnerabilidade individual a determinados agravos, como o uso prejudicial de bebida alcoólica.

Ao analisar a dimensão individual da vulnerabilidade, as trajetórias pessoais e psicossociais foram pensadas a partir de seus contextos intersubjetivos e das relações que poderiam ser entendidas apenas em termos de seus significados locais e contextos estruturais.

“Ou seja, as pessoas em cena, como sujeitos de seus cotidianos, lidam diariamente com discursos e valores conflitantes, bem como desejos pessoais conflitantes, construídos ao longo do processo de socialização e acessados através de redes sociais, relações comunitárias e familiares, redes de amizade e no espaço profissional, que são também dependentes das condições locais de proteção e realização de direitos. (...) A análise dos aspectos individuais já reclama outras avaliações que não podem ser respondidas exclusivamente nessa dimensão. Acesso à informação, os significados que esta adquire frente aos valores e experiências das pessoas, as chances de colocá-las em prática, tudo isso remete às relações sociais em que se inserem.” (Ayres, Paiva & França, 2012, p. 85-86)

A *vulnerabilidade social* foi analisada ao se focar os aspectos contextuais que conformam vulnerabilidades individuais. Toma-la também no plano das interações foi um desafio: considerar as relações econômicas, de gênero, raciais, entre gerações, entre as crenças religiosas e a religiosidade, a dinâmica de exclusão social ou os modos de inclusão que mantêm a desigualdade é relevante. Trata-se, portanto, de identificar como em suas interações a pessoa consegue as informações que possui; se tem acesso aos meios de comunicação existentes; se pode participar das decisões políticas e nas instituições sem estar submetida a coerções e limitações, a estigmas e preconceitos; e se tem possibilidade de acesso e controle dos recursos materiais que dado contexto oferece e a que tipo de oportunidades está exposta. Implica, ainda, as possibilidades que um indivíduo ou grupo tem de ascender a certo grau de escolaridade; de ter condições dignas de moradia; de ter acesso a lazer e cultura; o tipo de legislação existente e como é aplicada; se a rede de serviços públicos é de qualidade e acessíveis a população que deve atender; se há ou não desigualdade entre os gêneros. É

preciso, igualmente, identificar em termos mais específicos as características das pessoas, os recursos que possuem e as habilidades que desenvolveram para ser possível inferir se estão sendo suficientes e adequados para lidar com o que a sociedade e o Estado lhes oferecem e, com isso, terem melhores condições de vida e bem-estar, ou, ao contrário, serem passíveis de uma deterioração de sua existência (Ayres, 2009; Ayres *et al.*, 1999, 2006; Ayres, Paiva & França, 2012).

Ao abordar a *vulnerabilidade programática*, a análise considerou que no âmbito social as políticas públicas, os programas, os serviços e as instituições voltadas ao controle e prevenção de doenças, assim como o seu gerenciamento e monitoramento se destacam como dimensões relevantes, pois interferem no curso da história social das doenças – em geral consideradas na medicina somente a partir de sua história natural. No campo da saúde psicológica onde se insere o uso prejudicial de bebida alcoólica e outras drogas, certamente é difícil traçar uma história natural e prescindir da história social, como pode ser visto na introdução deste trabalho.

Assim, a análise no quadro da vulnerabilidade começou, neste estudo, por considerar o plano individual onde cada pessoa é concebida como sujeito de direitos para, em seguida

(...) identificar que aspectos da sua vida cotidiana (físicos e psicossociais observados na dinâmica de sua vida cotidiana) as expõem à infecção ou ao adoecimento. Examinamos, então, o quanto e como os governos regulamentam, respeitam, protegem e efetivam os seus direitos, e, por fim, o quanto e como sua condição social exigiria ações específicas que promovam a equidade, que as apoiem para lidar com processos de estigmatização e discriminação (Ayres, Paiva & França, 2012, p. 86)

Nesse nível, é preciso avaliar as ações que estão sendo realizadas para o enfrentamento do problema; o nível de compromisso das pessoas envolvidas para o combate à disseminação de doenças; se há integração entre os serviços, as instituições e os programas de modo a que suas ações sejam compartilhadas, articuladas e realizadas visando à intervenção no problema nos seus diversos perfis, sem competição e atritos entre os objetivos a serem alcançados nas diversas áreas, seja da saúde, educação, do direito, do trabalho, entre outros; se há recursos



financeiros viáveis para a implementação das intervenções; se há e haverá continuidade das ações planejadas e em que direção esta continuidade se dará; se as intervenções realizadas pelos serviços, instituições e programas estão surtindo o efeito esperado e o que precisa ser melhorado para que os resultados sejam cada vez mais efetivos e bem sucedidos; se os objetivos estabelecidos pelos serviços, pelas instituições e pelos programas respondem as necessidades da população que deve atender e se procuram estabelecer contato e vínculos com a sociedade civil organizada. Implica, além disso, as possibilidades e limitações, assim como as capacidades e incapacidades do Estado em fornecer serviços e recursos a toda à população. Nesse nível de análise, identifica-se se o Estado, enquanto poder público, também não está sendo o agente das desigualdades existentes entre as pessoas, promovendo as injustiças e o contexto de vulnerabilidade que precisam enfrentar (Ayres, 2009; Ayres *et al.*, 1999, 2006; Ayres, Paiva & França, 2012).

Considera-se que a interpretação dos dados à luz do quadro abordagem da vulnerabilidade nessas três dimensões pode contribuir para: **1º)** ampliar a compreensão de contextos não incluídos em outros quadros conceituais que tratam do uso abusivo de álcool e outras drogas; **2º)** desenvolver a análise de quais direitos humanos não são respeitados em relação à jovem objeto do estudo de caso e como isso afeta sua maior ou menor vulnerabilidade ao adoecimento, e **3º)** promover reflexões relevantes para a formulação de políticas de públicas condizentes com as necessidades expressas pela jovem estudada, permitindo construir ações que diminuam sua vulnerabilidade ao adoecimento e de pessoas que vivem em um contexto semelhante ao dela.

Somado a isso, acredita-se que a perspectiva sobre as redes de apoio social poderá colaborar para suprir a falta de tecnologias adequadas ao atendimento de pessoas em contexto de vulnerabilidade ao uso abusivo de álcool e outras drogas: **a)** no plano individual, ao favorecer a criação de condições de o indivíduo buscar apoios e reforçar os já existentes em

sua rede de relações; **b)** no plano social, ao ajudar a pessoa na compreensão de como mobilizar as redes sociais/comunitárias que tem disponível e **c)** no plano programático, ao servir de instrumento para que os serviços de atendimento a usuários abusivos de álcool e outras drogas façam uso de tal perspectiva, além de poderem inserir-se na rede de apoio social de pessoas que procuram auxílio e tratamento.

Parte-se do entendimento de que todo indivíduo é autônomo e agente do processo de promoção da saúde, e não mero consumidor de medicações, exames e tratamentos. Como ressaltam Ayres *et al.* (2006) e Paiva (2006), ninguém sabe melhor do que o próprio sujeito quais são os empecilhos à sua saúde e por isso ele é um elemento imprescindível no momento de se alcançar uma resposta eficaz que dê conta da sua condição de vulnerabilidade.

Sendo assim, a análise dos dados terá como fundamento a triangulação dos instrumentos de pesquisa utilizados: **a)** a observação com registro em diário de campo do contexto individual, social e programático em que os jovens estavam inseridos; **b)** as entrevistas semi-estruturadas com base em questionário; **c)** as entrevistas semi-estruturadas embasadas no Mapa de Redes do contexto do estudo de caso. Neste estudo, o desafio foi integrar compreensivamente os dados obtidos através dos referidos instrumentos em torno dos objetivos propostos, de modo a dar alguma contribuição ao conhecimento existente sobre o tema.

## **8. Resultados**

A partir do momento em que se obteve o nome e endereço de 73 jovens que poderiam participar deste estudo, acreditava-se que se conseguiria reunir um grupo diversificado de pessoas e, com isso, os resultados obtidos enriqueceriam ainda mais as produções sobre a temática da orfandade devido à Aids em interface com o uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas. No entanto, não foi o que ocorreu, pois somente 10 jovens aceitaram

participar e, entre estes, uma entrevistada indicou que fazia uso abusivo de bebida alcoólica. A falta da diversidade se deveu ao fato de, além de alguns jovens terem recusado a fazer parte deste trabalho, alguns terem mudado de domicílio, sendo que dois morreram e outros estavam desaparecidos (Seriam justamente estas pessoas que estariam mais expostas ao uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas?). As que aceitaram responder ao questionário, como foi verificado nas respostas obtidas, encontravam-se menos vulneráveis a referido agravo (a exceção da jovem que foi objeto do estudo de caso).

Em função disso e com a finalidade de responder aos objetivos do presente trabalho, optou-se por mudar a direção da estruturação do grupo estudado, entendendo que um limite do estudo foi a menor diversidade de tipos de jovens que poderíamos ter localizado e das suas redes de sociabilidade e apoio que exploramos nas entrevistas. Assim, a opção metodológica foi por alcançar profundidade, dedicando maior atenção ao caso da jovem que usava abusivamente de álcool com base na realização de um estudo de caso.

A partir dessa decisão, buscou-se compreender os elementos que contrastassem e os que aproximassem os 9 jovens que não faziam consumo abusivo nem eram dependentes de álcool e outras drogas, com a jovem que usava de forma prejudicial bebida alcoólica para, assim, tentar identificar as especificidades que faziam com que os jovens entrevistados fossem categorizados em uma situação de maior ou menor vulnerabilidade individual, social e programática a referido agravo e compreender como a rede de apoio social interferia neste contexto.

A seguir, com base no quadro de análise explicitado, o conjunto de dados coletados nas entrevistas semi-estruturadas baseadas em questionário e nos registros do diário de campo serão apresentados em três momentos:

**1º)** descrição do contextos onde viviam os jovens entrevistados na sua dimensão individual, social e na sua interação com os programas de saúde.

2º) introdução dos resultados de interesse específico deste estudo, ou seja, qual o padrão de consumo de bebida alcoólica e outras drogas e o nível de conhecimento dos jovens sobre o tema.

3º) apresentação e análise do estudo de caso, com dados da história da jovem entrevistada, das respostas dadas ao questionário e nas entrevistas semi-estruturadas embasadas no Mapa de Redes.

### **8.1 Contexto Onde Viviam os Jovens Entrevistados**

Já no contato pelo telefone ou pessoalmente se observava, no caso dos jovens que aceitaram participar do estudo, que se tratava de pessoas de fácil acesso e que se mostravam interessadas em contribuir com o trabalho de campo. Tal situação se confirmou no momento da realização das entrevistas, em que os jovens se colocavam solícitos em responder a cada questão da melhor forma possível de modo a conseguirem fornecer todos os elementos que se precisava para este estudo.

Em geral, as residências eram simples, construídas de alvenaria. Poucas tinham o banheiro na parte externa da casa, mas todas contavam com uma sala, mesmo que pequena, para receber visitas. Em algumas se pôde verificar que havia uma cozinha com louças também simples e algum itens como liquidificador e batedeira, além de uma área externa onde estavam estendidas as roupas. Não foi possível verificar se todos tinham máquina de lavar roupa e nem a disposição dos quartos, ou seja, se os jovens tinham que dividi-los com outros parentes ou se tinham algum espaço privado.

Apesar de declararem pertencerem a uma religião, nenhum item que indicasse a crença dos jovens foi encontrado no local da casa onde as entrevistas foram realizadas, possivelmente porque 4 deles eram da religião evangélica, que não permite ter objetos de culto na própria residência.

Em três casas foram encontradas bebidas alcoólicas expostas: de cervejas e uma garrafa de vodka, na residência da jovem que indicou usar abusivamente de álcool; de cervejas na do jovem que, em hipótese, fazia o consumo de bebida alcoólica conforme o chamado *binge drinking*, como definido nesta tese; e uma garrafa de vinho disposta no armário da sala de visitas da casa de uma jovem que afirmou que sua mãe fazia uso esporádico da bebida.

Todos os jovens participantes, no momento da realização das entrevistas, contavam com algum parente dentro de casa – a mãe, avó ou filha apenas, ou ainda com outros parentes, como irmãos, tios, primos e sobrinhos. A entrevistadora era sempre recebida com muita solicitude. Normalmente ofereciam um copo de água ou, até mesmo, algum alimento (bolo; bolacha; se era horário de almoço, convidavam para sentarmos a mesa com eles), sugeriam um local mais agradável para a entrevista ocorrer. Enfim, comumente havia um clima de acolhimento e, ao mesmo tempo, de respeito a que a entrevista fosse feita única e exclusivamente com o jovem em um ambiente que evitasse a interferência de outras pessoas que estivessem presentes, de modo a preservar o sigilo das informações que eram obtidas. Com isso, independente do conteúdo das interações e da dinâmica das relações presenciadas, a rede de apoio familiar se destacou de modo positivo no decorrer dos encontros com os jovens participantes, o que já indicava a característica do grupo estudado.

Os bairros onde moravam eram bastante povoados e de fácil acesso de ônibus ou carro. No entanto, o acesso a algumas residências era dificultado pelo número de escadarias e/ou ladeiras que existiam para chegar de uma rua a outra. Quase não se via as ruas sujas, nem esgoto a céu aberto. Sempre havia algum tipo de comércio, principalmente mercearias e bares, além de salões de beleza, mecânicas e pequenos locais abertos onde eram realizados cultos religiosos. Em relação aos encontros religiosos, especialmente em um domingo e em certo

bairro a pesquisadora pôde observar um maior número de pessoas caminhando em determinada direção com a bíblia na mão de manhã cedo.

Assim como os jovens entrevistados, os moradores do bairro se mostraram acessíveis quando foi preciso recorrer a eles para saber exatamente onde era a rua em que os participantes moravam.

Em nenhum local se observou a existência de parques onde fosse possível levar os filhos ou os jovens e adultos pudessem se encontrar, passear, exercer alguma atividade física ou lúdica como jogar futebol. Também não foram vistos espaços que viabilizassem o uso de computadores, nem escolas de dança, academias de ginástica e muito menos teatros e cinemas. Apenas em um bairro foi verificado que havia posto de saúde e que era próximo a casa da jovem entrevistada. E apesar de os entrevistados terem afirmado que havia tráfico de drogas próximo a casa deles ou nas redondezas, não foi observada nenhuma atividade nesse sentido, talvez em função de os encontros com os jovens terem se dado, na maior parte das vezes, no período da manhã ou início da tarde.

Segundo suas próprias narrativas, não foram observados postos policiais, viaturas ou policiais a pé ao longo das ruas e principais vias de acesso. Não se percebeu, também, a existência de instituições como NAPS e CAPS onde viviam e os jovens também não citaram sua existência quando responderam afirmativamente a questão de que conheciam usuários abusivos e dependentes de álcool e outras drogas. Acredita-se que teria sido importante ter perguntado diretamente se conheciam ou já tinham ouvido falar da existência de tais programas para ter a confirmação dessa afirmação.

De todos os entrevistados, nove afirmaram irem ao posto de saúde local, usarem o SUS para seus problemas de saúde e confirmaram que contavam apenas com um clínico geral para lhes atender. Um deles, entretanto, contou que preferia ser atendido por profissionais particulares, devido à demora no atendimento no serviço público. Um participante citou

precisar de tratamento com psicólogo, outros com dermatologistas e oftalmologistas, mas essas especialidades não estavam disponíveis onde moravam.

Por sua vez, em pelo menos uma ocasião foi observado que agentes de saúde estavam percorrendo as casas para verificar a situação dos moradores e uma participante afirmou que periodicamente um agente de saúde vinha até sua residência para saber se ela e sua filha não precisavam realizar algum tipo de exame, indicando que a saúde das crianças é uma prioridade.

Ambientes para cultura e lazer, como teatros, cinemas, espaços para a realização de danças, artesanato, etc. também não foram encontrados. Pelo relato dos jovens, possivelmente não existiam, pois, como atividade de lazer, basicamente eles indicaram que ouviam rádio e assistiam televisão e saíam para encontrar os amigos na rua ou na casa deles.

Em síntese, como descrito acima, não se encontrou espaços públicos próprios para os moradores utilizarem para viabilizar uma maior socialização e organização comunitária, embora não tenha sido verificado com os participantes se havia alguma associação de moradores onde viviam.

## 8.2 Perfil dos Jovens Entrevistados

Com relação a faixa etária dos jovens entrevistados, eles tinham entre 15 e 24 anos. Eram na maioria mulheres, de cor parda e solteiros, como se vê na tabela 2 abaixo:

**Tabela 2: Perfil dos jovens entrevistados**

<b>Idade</b>	<b>20 anos</b>	<b>3</b>
	<b>21 anos</b>	<b>2</b>
	<b>24 anos</b>	<b>1</b>
	<b>22 anos</b>	<b>1</b>
	<b>17 anos</b>	<b>1</b>
	<b>16 anos</b>	<b>1</b>
	<b>15 anos</b>	<b>1</b>

<b>Sexo</b>	<b>Homens</b>	<b>3</b>
	<b>Mulheres</b>	<b>7</b>
<b>Cor da Pele (auto definida)</b>	<b>Pardo</b>	<b>6</b>
	<b>Branco</b>	<b>3</b>
	<b>Amarelo</b>	<b>1</b>
<b>Estado Marital</b>	<b>Solteiro</b>	<b>8</b>
	<b>União Consensual</b>	<b>1</b>
	<b>Casado</b>	<b>1</b>

Sobre o tipo de orfandade, 7 eram órfãos de pai. Perder um dos pais ou ambos, no entanto, não prejudicou a situação de moradia dos entrevistados, pois não tiveram que mudar constantemente de domicílio ou morar com outros parentes, famílias substitutas ou em instituições. Assim, dos 10 participantes, 5 ou moravam sozinhos, ou com o marido e filho ou com outros familiares (como a avó, primo ou irmão) e outros 5 a mãe era a principal responsável.

<b>Tipo de Orfandade</b>	<b>Órfãos somente de pai</b>	<b>7</b>
	<b>Órfãos de pai e mãe</b>	<b>2</b>
	<b>Órfãos somente de mãe</b>	<b>1</b>

Com relação aos aspectos que mudaram após a morte do pai e/ou mãe por Aids, o único fator que melhorou para 7 jovens foi a relação familiar e com os amigos, pois relataram que o falecimento fez com que se aproximassem mais destas redes de relações. Sobre os itens mudança de moradia e estado emocional/psicológico, 4 entrevistados afirmaram que não sentiram qualquer modificação. Dois jovens relataram que o fato de não poderem mais conviver com seus pais (pai e/ou mãe) em função de terem morrido de Aids ainda lhes gerava muita tristeza.



Fora do ambiente doméstico, a entrada e frequência na escola, o envolvimento com os amigos e, posteriormente, a inserção no mercado de trabalho possibilitou aos jovens ampliarem sua rede de apoio social, como se verifica na sequência.

Dificuldades de matrícula na escola foram sentidas por 2 jovens em função da falta de vagas. Os outros não tiveram este tipo de problema e nem dificuldades em frequentar o colégio.

Sobre a frequência escolar, 3 participantes passaram a faltar a aula após a morte da mãe, 2 admitiram terem preguiça de ir à aula no período da manhã e outro abandonou temporariamente os estudos em função de a escola ser longe da casa onde morava e não ter condições financeiras de se deslocar até o local.

Apenas 3 entrevistados abandonaram os estudos, 2 por terem engravidado e outro para trabalhar e construir a própria casa.

Nenhum referiu ter sofrido preconceito em função de serem órfãos de pais (pai e/ou mãe) que morreram devido à Aids, quer seja na escola, nos ambientes de lazer, dos serviços de saúde, entre outros locais que circulavam.

**Tabela 3: Escolaridade, ocupação e renda dos jovens entrevistados**

<b>Escolaridade</b>	<b>Ensino Médio Completo</b>	<b>4</b>
	<b>Ensino Médio em Curso</b>	<b>5</b>
	<b>Ensino Médio Incompleto</b>	<b>1</b>
<b>Ocupação</b>	<b>Trabalha</b>	<b>3</b>
	<b>Trabalha e Estuda</b>	<b>2</b>
	<b>Somente Estuda</b>	<b>3</b>
	<b>Não Trabalha e Não Estuda</b>	<b>2</b>

<b>Profissão</b>	<b>secretária; auxiliar de escritório; operadora de máquina; professor de educação física</b>	
<b>Renda Média Mensal por Família</b>	<b>Entre R\$ 400 e R\$ 2.000 (5 jovens responderam a esta questão e outros 5 não souberam responder)</b>	
<b>Recebem Benefício Público/Privado</b>	<b>Sim</b>	<b>5</b>
	<b>Não</b>	<b>5</b>
<b>Tipo de Benefício Público/Privado Recebido</b>	<b>vale transporte; cesta básica; cartão alimentação; leite</b>	

Alguns tiveram a situação socioeconômica inicialmente prejudicada, especialmente quando o pai era quem tinha falecido, por ser este o principal provedor da família na época, situação que posteriormente foi superada com a inserção da mãe e/ou dos irmãos no mercado de trabalho, ou com a melhora do rendimento financeiro da mãe.

Sobre o benefício público ou privado recebido, alguns afirmaram que gostariam de receber (mais) algum tipo de benefício como ajuda financeira, bolsa de estudo, bolsa família, cartão alimentação e ajuda psicológica. Neste último caso, devido à tristeza que a orfandade ainda gerava na jovem participante.

<b>Atividade de Lazer<sup>7</sup></b>	<b>Ouvir Rádio</b>	<b>10</b>
	<b>Encontrar os Amigos</b>	<b>8</b>
	<b>Assistir Televisão</b>	<b>8</b>
	<b>Jogar Vídeo Game/Computador</b>	<b>7</b>
	<b>Sair para Comer</b>	<b>5</b>

<sup>7</sup> Em algumas perguntas do questionário, como a que focava sobre as Atividades de Lazer, os jovens podiam escolher mais de uma alternativa, por isso o total das repostas excede o número de participantes. Enquanto que em outras questões, como sobre a Reação Após Terem Ingerido Bebida Alcoólica pela Primeira Vez, um menor número de respostas foram registradas do que o de jovens entrevistados, pois no decorrer do encontro a questão passou despercebida pelas pesquisadoras.

Os amigos foram a companhia preferida por 6 deles para realizar atividades de lazer, seguido dos primos e irmãos. As melhores amizades de 7 jovens foram feitas na escola, seguida da rua/vizinhança.

Apenas uma jovem afirmou participar de um grupo religioso. Os demais não estavam envolvidos com qualquer associação, entidade, grupo, clube, partido ou grupo comunitário.

<b>Crença Religiosa</b>	<b>Evangélica Pentecostal</b>	<b>3</b>
	<b>Evangélica (sem especificação)</b>	<b>1</b>
	<b>Católicos</b>	<b>3</b>
	<b>Não tem religião</b>	<b>3</b>

Dos entrevistados, 8 não tiveram problemas de saúde nos últimos 12 meses em que foi feita a pesquisa. Somente uma, que fazia uso prejudicial de bebida alcoólica, teve que ficar internada por 4 dias em um hospital em função de ter contraído pneumonia, e outras duas que consultaram um médico devido à crises de sinusite e rinite. Metade dos jovens fez o teste para o HIV e a outra metade não fez.

Em termos de planos para o futuro, sobre o que pensavam que estariam fazendo daqui a cinco anos, 7 responderam que estariam trabalhando e 6 fazendo faculdade. Nenhum afirmou que estaria casado e apenas uma participante disse querer ter mais filhos (além do que já tinha). No entanto, quando inquiridos sobre o assunto, a maioria afirmou que gostaria de ter uma família, mas não tão cedo.

Todos ressaltaram a importância da própria família na vida deles, através de sentenças sobre a rede familiar tais como: “*é a base de tudo*”; “*é essencial*”; “*é a estrutura/alicerce*”; “*é para quem você pode correr*”; “*é com quem você pode conversar*”.

Com relação ao tema deste estudo, o uso de álcool e outras drogas, todos os 10 jovens que responderam ao questionário já beberam alguma vez na vida, principalmente cerveja,

vodka e uísque. O local em que experimentaram pela primeira vez bebidas alcoólicas foi geralmente na própria casa e em festas de família.

**Tabela 4: Uso de bebida alcoólica entre os jovens entrevistados**

<b>Idade que Experimentaram pela Primeira Vez Bebida Alcoólica</b>	<b>15 anos</b>	<b>4</b>
	<b>16 anos</b>	<b>3</b>
	<b>12 anos</b>	<b>1</b>
	<b>17 anos</b>	<b>1</b>
	<b>19 anos</b>	<b>1</b>
<b>Reação Após Terem Ingerido Bebida Alcoólica pela Primeira Vez</b>	<b>Normal</b>	<b>3</b>
	<b>Não Sentiram Nada</b>	<b>2</b>
	<b>Legal</b>	<b>1</b>
	<b>Leve Tontura</b>	<b>1</b>
	<b>Ficou Bêbada</b>	<b>1</b>
	<b>Gostou</b>	<b>1</b>
	<b>Não Gostou</b>	<b>1</b>

Na época da pesquisa, 8 jovens disseram fazer pouco uso de bebida alcoólica, ou seja, que raramente bebiam (uma ou duas vezes por mês) e que quando bebiam, era com moderação.

Somente uma entrevistada passou a beber regularmente (mais do que 4 vezes por semana) em determinado período de sua vida (alguns meses antes da pesquisa), sendo identificada como tendo feito uso abusivo de bebida alcoólica (conforme definição utilizada por este estudo) e um rapaz que afirmou beber sozinho uma caixa de cerveja todo final de semana. Com relação a este jovem, ele poderia ter sido considerado como um consumidor pesado de bebida alcoólica (*binge drinking*)<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Agradecemos a professora e doutora Ilana Pinsky que durante a qualificação deste estudo esclareceu referida situação. No entanto, não havia tempo hábil para uma nova incursão ao campo para entrevistar mais esse jovem.

<b>Porque usam Bebida Alcoólica Atualmente</b>	<b>Para Ficar Mais Alegre</b>	<b>3</b>
	<b>Para Curtir</b>	<b>2</b>
	<b>Porque Gostavam</b>	<b>2</b>
	<b>Para Ficar Mais Sossegado</b>	<b>1</b>
<b>Local que Consumiam Bebida Alcoólica</b>	<b>Casa de Familiares</b>	<b>3</b>
	<b>Na Própria Casa</b>	<b>3</b>
	<b>No Bar/Balada</b>	<b>4</b>

A compra de bebida alcoólica ocorria normalmente em bares (4 entrevistados) e em lugares de diversão (3 entrevistados).

A mãe de 8 entrevistados sabia que eles usaram ou ainda usavam bebida alcoólica e a principal reação dela foi de preocupação (6 entrevistados), com medo que eles pudessem fazer algo a mais de “errado”.

<b>Pessoas que Conheciam que Usavam Bebida Alcoólica e Outras Drogas</b>	<b>1 Pai alcoólatra</b> <b>1 Pai usuário de drogas</b>
	<b>1 Irmão consumia bebida alcoólica</b> <b>1 Irmã usava abusivamente do álcool</b>
	<b>1 Tio viciado em cocaína</b> <b>1 Tio usuário abusivo de drogas</b>
	<b>Outros: amigos; prima e irmã da namorada; vizinhos; colegas de trabalho</b>

A bebida alcoólica mais utilizada pelas pessoas que os entrevistados conheciam foi a cerveja, e com relação às drogas foi a maconha, seguida do *crack* e da cocaína.

Dos 10 participantes, 8 afirmaram já terem recebido alguma informação sobre o uso de álcool e outras drogas, principalmente na escola, através de palestras, bem como por meio da televisão, de jornais e revistas, e também em casa, de familiares como a mãe, os irmãos e o marido.

<b>Idade em que Receberam pela Primeira Vez Informações sobre o Uso de Álcool e Outras Drogas</b>	<b>10 anos</b>	<b>3</b>
	<b>12 anos</b>	<b>2</b>
	<b>11 anos</b>	<b>1</b>
	<b>13 anos</b>	<b>1</b>
	<b>16 anos</b>	<b>1</b>

Daqueles que afirmaram que gostariam de receber mais informações sobre o uso de álcool e outras drogas, 5 disseram que queriam receber tais informações de pessoas especializadas no assunto como médicos e outros profissionais de saúde, mas através dos meios de comunicação de massa como televisão, rádio e internet.

No momento em que os participantes têm dúvidas sobre o consumo de álcool e outras drogas, normalmente conversam com os amigos (5 entrevistados) e com os familiares (mãe, irmãos – 5 entrevistados).

Para 6 entrevistados, a rede familiar não exerceu qualquer influência sobre o consumo relatado de bebida alcoólica.

<b>O que os Jovens Afirmaram Saber ou Tinham Ouvido Falar sobre o Uso de Drogas</b>	<b>Cria dependência imediata em quem consome</b>	<b>9</b>
	<b>Causa diversos problemas à saúde</b>	<b>8</b>
	<b>Gera prejuízos, mesmo se usada moderadamente</b>	<b>7</b>

Nenhum dos 10 participantes fez uso de qualquer outro tipo de droga (tabaco, maconha, cocaína, etc.).

Entre os jovens que já tiveram relação sexual (7 entrevistados), nenhum deixou de usar preservativo por causa do consumo de bebida alcoólica.

### 8.3 Discussão sobre os Temas Abordados no Questionário

Algumas das respostas obtidas com a aplicação de questionário se diferenciam dos que foram documentados por Beegle, De Weerd e Dercon (2006), Foster (2002), Mishra *et al.* (2007), Tshweneagae, Wright e Hoffmann (2010), UNAIDS (2012, 2004), Yaro e Dougnon (2003), acerca de crianças e adolescentes que perderam um dos pais ou ambos para a Aids, até porque esses estudos foram feitos principalmente no continente africano. Pode-se observar que o fato de os jovens órfãos que participaram deste estudo terem perdido um ou ambos os pais devido à Aids não acarretou a eles os desdobramentos negativos que costumam ocorrer a quem vive esta condição, principalmente àqueles que possuem poucas condições financeiras, como era o caso deles. Não foram relatadas, por exemplo, experiências de isolamento social, ou de os meninos terem que abandonar a escola para trabalhar e ajudar no sustento familiar, nem de as meninas terem que largar os estudos para cuidar do pai e/ou mãe doente ou ajudar nas tarefas da casa.

Além disso, em contraste com o documentado pelos autores acima citados, quase não foi sentida diferença para pior nem para melhor na condição de moradia, condição econômica e, inclusive, psicológica após a morte de um ou de ambos os pais, à exceção do relato de dois jovens que demonstraram ter ainda dificuldades emocionais e psicológicas para lidar com a morte dos pais e/ou da mãe, aparentando precisarem de atenção psicossocial. Nos poucos casos em que houve a queda no rendimento financeiro logo após a morte do progenitor, evidenciou-se que este problema logo foi transposto através do ingresso da mãe ou do jovem no mercado de trabalho, ou do incremento salarial da mãe ao longo dos anos. Cabe destacar, sobre isso, que nos últimos anos houve no Brasil a ascensão econômica e social de milhares de famílias das camadas mais pobres para a classe média da população. Tal fato pode ter contribuído para que a família dos jovens participantes tivessem a sua vulnerabilidade social

diminuída em função do aumento de renda e, com isso, compensado a perda do principal provedor da rede familiar.

Outro fato que se diferenciou dos estudos descritos nesta tese sobre a condição de vida de órfãos devido à Aids (Beegle, De Weerd & Dercon, 2006; Foster, 2002; Onuoha & Munakata, 2010; UNAIDS, UNICEF & USAID, 2004; Yaro & Dougnon, 2003), foi o de que nenhum dos participantes afirmou ter sofrido discriminação ou preconceito em qualquer espaço que frequentavam (de lazer; profissional; escolar, etc.) devido à morte de um ou de ambos os pais por Aids.

Tal situação contrasta com o que foi observado entre os jovens e cuidadores que participaram das oficinas devolutivas da análise dos resultados da pesquisa que deu origem a esta tese e as feitas para este estudo. Como exposto acima, uma das jovens que compareceu ao encontro afirmou que precisou cuidar dos irmãos mais novos quando um de seus pais faleceu devido à Aids e que nunca contou sobre a causa da morte do progenitor por medo de sofrer estigma e discriminação. Houve também vários relatos por parte dos cuidadores de ocasiões onde ocorreu o medo de enfrentar situações de estigma e discriminação em função da morte por Aids ou infecção por HIV de um dos parentes, além de depoimentos que confirmaram que haviam pessoas (conhecidos, vizinhos) que não frequentavam a casa de quem tinha HIV, nem comiam o que esta pessoa tinha cozinhado, nem a tocavam caso houvesse se machucado.

Se forem consideradas as determinações estabelecidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei nº 8.068, de 13 de julho de 1999), uma das quais afirma que:

“Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”.

e levando-se em conta os relatos dos participantes desta pesquisa, pode-se dizer que eles encontravam-se menos vulneráveis a qualquer uma das referidas violações de direito, ao contrário do que foi relatado pela jovem que foi à oficina devolutiva e os cuidadores. Assim, é



preciso atentar que os jovens que responderam a entrevista com base em questionário para este estudo possuíam uma realidade específica, que pode não ter sido tão dramática quanto os relatos obtidos nas oficinas devolutivas e a encontrada no conjunto da população de órfãos. De todo modo, tinham suas dores e receios, bem como viveram experiências que fizeram com que não sentissem tão severamente o impacto da morte de um ou de ambos os pais devido à Aids, como será discutido em continuação.

Outros dados que apontam para uma perspectiva de vida diferente para este grupo dos que haviam sido assinalados por Beegle, De Weerd e Dercon (2006), Ferrara (2009), Foster (2002), Foster e Williamson (2000), Mishra *et al.* (2007), Tshweneagae, Wright e Hoffmann (2010), UNAIDS (2004), UNAIDS, UNICEF e USAID (2004), Yaro e Dougnon (2003) sobre os obstáculos que a Aids constitui para órfãos poderem ter acesso à educação e a permanecerem na escola, foi que a orfandade devido à Aids parece não ter prejudicado o acesso dos jovens à educação, apesar de ter afetado a frequência de dois deles às aulas, sendo que dois também tiveram uma reprovação. Em um desses casos, a jovem não pode ir à aula, pois a nova escola ficava muito longe de sua residência e ela não tinha condições financeiras de pagar pelo transporte público (ela tinha 10 anos de idade na época). Enquanto que na outra situação, a jovem admitiu que não ia as aulas por preguiça de acordar cedo.

Considerando-se que o direito à educação constitui um avanço do contexto brasileiro, como indica o dispositivo do ECA (1990) de que

“Art. 53. A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-se-lhes:

I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;

V - acesso à escola pública e gratuita próxima de sua residência”.

Acredita-se que a jovem que não pôde frequentar o colégio, pois este era distante de sua casa e ela não tinha dinheiro para se deslocar até ele, aumentando sua vulnerabilidade programática, pela formação e informação que lhe foram negadas e de desrespeito aos seus

direitos fundamentais, além de ter comprometido toda sua formação futura, já que ela teve que repetir a série que cursava.

Apesar desse caso, apenas um entrevistado tinha o Ensino Médio Incompleto, os demais ou já haviam completado o Ensino Médio ou ainda o estavam cursando. Cabe ressaltar que o principal projeto de futuro para 6 participantes era cursar a faculdade.

De acordo com que apontaram Beegle, De Weerd e Dercon (2006), Franco e Mazorra (2007), é preciso considerar que fatores tais como: o tipo de orfandade (de pai ou mãe ou de ambos); a idade que tinham na época do falecimento; o contexto de vida em que estavam envolvidos; a maturidade emocional que tinham, entre outros, podem ter interferido no modo como esses jovens se apropriaram do falecimento de um ou de ambos os pais e continuaram suas vidas sem tantos prejuízos. Características essas que precisam ser consideradas ao se tentar identificar o impacto da orfandade em crianças e adolescentes.

Destaca-se, entretanto, que a preservação da rede familiar pode ter sido um evento determinante na manutenção ou melhora da qualidade de vida dos participantes deste trabalho. Os jovens entrevistados pareciam ter o apoio e cuidado da rede familiar, quando afirmaram que a própria família era a base/alicerce de suas vidas, o que pode tê-los protegido de viverem outras situações traumatizantes, como de violência, exploração e abuso. Esse aspecto reforça os dados mostrados por pesquisas como as de Beegle, De Weerd e Dercon (2006), Ferrara (2009), Foster (2002), Onuoha e Munakata (2010), Tshweneagae, Wright e Hoffmann (2010), UNAIDS (2004), UNAIDS, UNICEF e USAID (2004), de que a conservação da família é fundamental para o devido desenvolvimento de crianças e adolescentes órfãos em função da Aids e para que eles não percam a experiência de pertencimento a uma dada comunidade e que podem contar com estas redes de relações. O que mostra a necessidade da existência de programas que deem condições para que os

integrantes da família desses órfãos permaneçam juntos, através, por exemplo, do incentivo à capacidade de melhorarem sua renda.

A própria comunidade ao qual pertencem, como indica essa mesma literatura, é outra rede que deve ser fortalecida pelo governo em parceria com organizações da sociedade civil e não-governamentais, para que possa oferecer o apoio econômico e social que essas famílias precisam, de modo a evitar que se constituam em um grupo submetido a contextos de vulnerabilidades. Como discutiram Almeida, Santos e Paiva (2012), a participação e mobilização de uma comunidade podem ocorrer ao se partilhar informações entre seus integrantes; se definirem responsabilidades e tomadas de decisões; na construção de um projeto em comum; com a articulação do grupo rumo a tomarem atitudes de influência nas instituições público e privadas em prol da solução das dificuldades encontradas no cotidiano; através do controle dos gastos feitos com o dinheiro público; através de tudo isso, alcançar uma maior compreensão de que é preciso se organizar e agir para se conseguir que instituições e governos hajam de acordo com as necessidades da comunidade que atendem.

Por outro lado, a negligência do poder público observada no cotidiano dos entrevistados repete o que se encontrou em outros estudos (Foster, 2002; Tshweneagae, Wright & Hoffmann 2010; Oliveira *et al.*, 2006; UNAIDS, 2004; UNAIDS, UNICEF & USAID, 2004) que indicam que a única assistência que possuíam era limitada à área da saúde, especificamente a médica, sendo que uma das jovens entrevistadas expressou a forte necessidade que ainda sentia de passar por um tratamento psicológico para conseguir superar a morte dos pais devido à Aids. Além disso, metade dos entrevistados fez o teste para saber se tinham se infectado pelo vírus HIV, mas não foi questionado se isto ocorreu por iniciativa própria ou como resposta aos programas de prevenção que poderiam ter atuado junto às famílias no momento da descoberta da infecção pelo HIV ou do desenvolvimento da Aids por um ou ambos os pais.

Segundo a definição de vulnerabilidade exposto por Ayres (2009), Ayres *et al.* (1999; 2006) e Ayres, Paiva e França (2012), em termos de vulnerabilidade programática, os jovens participantes compunham um grupo vulnerável à infecção pelo vírus. Dever-se-ia, assim, ser dado maior investimento pelas políticas para o aumento da qualidade de vida de jovens e crianças órfãos devido à Aids e deste modo, como discutido por Foster (2002), Tshweneagae, Wright e Hoffmann (2010), UNAIDS (2004, 2012) e UNAIDS, UNICEF e USAID (2004), diminuir a repercussão deletéria que a doença provoca na sociedade e na economia de um país. O que evidencia, ainda, a falta de aplicação de duas disposições do ECA (1990) que estabelecem para crianças e adolescentes

- “c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude”.

Tais perspectivas foram ressaltadas também pelos profissionais que participaram da oficina devolutiva da análise dos resultados da pesquisa que deu origem a este estudo e as desta tese. Ou seja, expressaram a falta de diálogo que há entre os profissionais da saúde e da educação e entre médico e o paciente; a ausência de políticas públicas voltadas para atender as necessidades específicas de órfãos; a priorização do combate ao uso e o tráfico de drogas nas escolas; e como era difícil para ONGs que trabalhavam com crianças e jovens portadores de HIV receberem verbas para investirem em outros projetos. Assim, trata-se de um desafio a ser superado, pois se verifica a existência de uma maior vulnerabilidade programática dessa população ao HIV/Aids, bem como a outros agravos como o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas.

No caso do grupo de entrevistados que consumia álcool com moderação e com pouca frequência (o caso da jovem que fez uso abusivo de bebida alcoólica será tratado a seguir, em um item a parte), é possível afirmar, conforme critérios do CID-10, que eles tinham um padrão de uso da substância de baixo risco. Além de consumirem poucas doses de bebida

alcoólica, pareciam manter o controle do uso; não priorizavam o consumo de álcool em detrimento de outras atividades; faziam uso da substância em lugares compatíveis com tal atitude e para fins de diversão; não promoviam a ocorrência de acidentes ou outros danos e não sofreram problemas físicos e psicológicos em função do tipo de consumo empregado, apesar de a bebida alcoólica, conforme Alves (2009), Brasil (2003), Gonçalves (2008), Marques e Ribeiro (2006), Souza, Kantorski e Mielke (2006), Pinsky (2009) e WHO (2011), ser considerada a droga que mais causa danos à saúde.

O padrão de uso de bebida alcoólica por parte dos entrevistados também não afetou o emprego do preservativo quando tinham relações sexuais. Desse modo, eles ficaram menos propensos a se exporem à infecção pelo HIV através de relações íntimas e a doenças sexualmente transmissíveis, como ocorre, segundo mencionado por Marques e Ribeiro (2006) e WHO (2011), como aqueles que fazem o consumo abusivo de álcool e outras drogas, indicando que tinham menor vulnerabilidade individual à infecção.

Pelas respostas dadas ao questionário, pode-se afirmar que os jovens participantes deste estudo se diferenciaram em alguns pontos e se assemelhavam em outros na forma como a população brasileira consome bebida alcoólica. A maior parte dos entrevistados, por exemplo, quase sempre preferia privar-se de consumir bebida alcoólica (tanto os rapazes quanto as moças), e quando fazia uso da substância, preferia consumir cerveja, padrão igualmente verificado entre os brasileiros segundo as mais recentes publicações de pesquisas feitas por Pinsky *et al.* (2009, 2010) e Laranjeira *et al.* (2010).

Embora os jovens participantes tivessem feito uso de bebida alcoólica e ainda continuassem consumindo a substância com pouca frequência e em quantidade moderada, além de não fazerem uso de qualquer outro tipo de droga, como o tabaco, a maconha, a cocaína, entre outros, eles estavam imersos em um contexto de vida que poderia ter promovido o maior consumo de álcool e de outras drogas, segundo a hipótese que deu origem

a este estudo. Eles tinham, por exemplo, familiares como o próprio pai e os tios que faziam uso abusivo de bebida alcoólica e de drogas como a cocaína, assim como amigos e conhecidos que usavam maconha e *crack*, além de facilidade de acesso a tais substâncias.

Outra situação que vai de encontro a um dos artigos do ECA (1990) que estabelece que

“Art. 19. Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes”.

Com base nos estudos sobre a rede de apoio social (Moré, 2005; Ribeiro, 1999; Seidl & Tróccoli, 2006; Siqueira, Betts & Dell’Aglia, 2006; Sluzki, 1997; Troncoso, Avarez & Sepúlveda, 1996) , acredita-se que a integração da rede familiar pode ter sido uma variável importante para torná-los menos vulneráveis ao uso abusivo ou se tornarem dependentes de bebida alcoólica e outras drogas, pela importância demonstrada por eles da rede familiar em suas vidas e pela preocupação expressada pelas mães dos entrevistados com o consumo de bebida alcoólica pelos filhos. Os referidos estudos igualmente salientam é, não apenas a importância da rede familiar, mas igualmente a relevância da qualidade de sua ação frente ao jovem.

Além das respostas dadas ao questionário, esses elementos igualmente puderam ser constatados: **a)** com a observação do contexto em que alguns viviam, cercados pela mãe, pelos irmãos, e em alguns casos pelos primos(as) e tios(as) que davam atenção ao que eles estavam fazendo, atentando para que eles ficassem no melhor espaço da casa para responderem ao questionário e receberem a pesquisadora; **b)** com o fato de eles, quando consumiam bebida alcoólica, procuravam fazê-lo em casa ou na de familiares, na companhia dos amigos e com moderação; **c)** com as atividades de lazer que eram preferencialmente feitas junto a rede de amigos; e **d)** nas respostas que deram sobre o próprio estado de saúde, considerado bom pela maioria. O que vai ao encontro do que as pesquisas como as de Andrade e Vaitsman (2002), Dabas (2001), Dessen e Braz (2000), Ribeiro (1999), Seidl e

Tróccoli (2006), Siqueira, Betts e Dell'Aglio (2006), Sluzki (1997, 2000), Troncoso, Avarez e Sepúlveda (1996) têm evidenciado sobre a importância de a pessoa ter uma rede de apoio social confiante e bem estruturada para conseguir enfrentar da melhor forma possível eventos traumáticos e estressantes, sem gerar tantos prejuízos a sua saúde física e psicológica, de modo a ganhar cada vez mais autonomia e, com isso, consolidar a experiência de ser sujeito de sua história.

Somado a isso, como destacaram os estudos de Alves (2009), Lima (2009), Gonçalves (2008), Marques e Ribeiro (2006) e do Ministério da Saúde (Brasil, 2003), o fato de terem recebido informações sobre o uso de álcool e outras drogas desde cedo (por volta de 12 anos de idade); de poderem conversar sobre o assunto com familiares e amigos e obterem maiores conhecimentos através da televisão, do rádio e da internet; de parte deles ser da religião evangélica, que prega a não utilização de bebida alcoólica (conforme relatou uma das jovens entrevistadas); de terem um bom grau de instrução, são outros elementos que igualmente precisam ser considerados como podendo ter influenciado no padrão de baixo consumo de bebida alcoólica que eles tinham e no não uso de outras drogas, além de poderem ter constituído um contexto de menor vulnerabilidade individual destes jovens a abusarem ou se tornarem dependentes dessas substâncias (Ayres, 2009; Ayres *et al.* 1999, 2006; Ayres, Paiva & França, 2012).

Desse modo, é preciso ter em conta que no momento de se colocar em prática ações de prevenção e enfrentamento ao uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas, é preciso considerar que há diversidades regionais, de gênero, de faixa etária, entre os diferentes grupos socioeconômicos, etc., que farão com que o público alvo destas ações se encontre em situação de maior ou menor vulnerabilidade social ao referido agravo, e, portanto, irão demandar intervenções específicas que possibilitarão o alcance de resultados positivos e duradouros (Ayres, 2009; Ayres *et al.* 1999; 2006; Ayres, Paiva & França, 2012).

Além disso, apesar de os jovens entrevistados terem acesso a informações sobre o uso de álcool e outras drogas com pessoas próximas a eles, como familiares e amigos, assim como através dos meios de comunicação de massa como rádio e televisão, além da internet, para a busca de maiores dados sobre o tema; de os participantes também afirmarem não terem sofrido qualquer situação de discriminação em função de serem órfãos de pai e/ou mãe devido à Aids, e de terem possibilidade de ascender a um maior grau de escolaridade, isso não significa que não necessitassem de mais recursos do que possuíam. Como exposto acima, eles tinham condições mínimas de moradia e o acesso a atividades de lazer e cultura era restrito a ir a ouvir música e assistir televisão e frequentar bares. O pouco rendimento que recebiam muitas vezes precisava que ser dividido entre cinco a oito pessoas, além de terem que compartilhar o mesmo domicílio com vários parentes. Ou seja, eles viviam em um contexto de necessidade e escassez que os mantinham em uma situação de vulnerabilidade individual, social e programática a doenças e outros agravos que igualmente não deve ser ignorada por programas e políticas que pretendam construir projetos de maior auxílio a este grupo (Ayres, 2009; Ayres *et al.*, 1999, 2006; Ayres, Paiva & França, 2012), além de ter que ser levado em consideração que esta situação levava a à negligência de pelo menos dois artigos do ECA (1990) que determinam que:

“Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Art. 71. A criança e o adolescente têm direito a informação, cultura, lazer, esportes, diversões, espetáculos e produtos e serviços que respeitem sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento”.

Como toda situação de vulnerabilidade é dinâmica e multifacetada em sua constituição (Ayres *et al.*, 2006), é preciso atentar igualmente para o contexto que os participantes deste estudo viviam de fácil acesso a bebidas alcoólicas e outras drogas, mas, principalmente, de terem familiares e amigos próximos que faziam uso abusivo destas substâncias, circunstâncias



que, conforme o desenrolar da vida destes jovens, poderiam aumentar sua vulnerabilidade ao consumo prejudicial e a dependência de álcool e outras drogas. Por isso a necessidade de uma resposta programática e social adequada para a situação dos entrevistados, ou seja, da construção de programas e a intervenção sociocultural que eles possam procurar e ter apoio para não ficarem tão dependentes da rede familiar para tal. O fortalecimento ou a construção de instituições que forneçam serviços na área da psicologia e do serviço social, por exemplo, além da construção pelo poder público de mais espaços de lazer e cultura, ajudariam a diminuir sua vulnerabilidade social e programática e apoiaria esses jovens a concretizem seus projetos de vida.

Os profissionais que participaram da oficina devolutiva, por sua vez, propuseram a criação de projetos para treinar os educadores a como cuidar da saúde de seus alunos, bem como para incluir os jovens como bolsistas de iniciação científica nas instituições de ensino e de prevenção às drogas de cunho intersetorial, o que se mostrou uma interessante sugestão programática.

Portanto, é possível modificar a realidade de órfãos devido à Aids. Os profissionais que contribuíram para este estudo e a literatura da área já apontaram algumas saídas. É preciso, agora, incentivar as diversas disciplinas, como a Psicologia, Medicina, Sociologia, Educação, etc. a contribuam com a teoria e para a inovação no campo – tarefa essa que o quadro da vulnerabilidade se propõe (integrar conhecimentos) – e, se for preciso, construir novos recursos e colocá-los em prática, na direção de um trabalho intersetorial e interdisciplinar para se enfrentar o uso abusivo e a dependência de bebida alcoólica e outras drogas.

#### **8.4 A Jovem Edith: “Família é tudo!”**

Na primeira entrevista realizada com Edith, ela respondeu ao questionário, também utilizado com os outros nove participantes da pesquisa, e em um segundo encontro foi construído o seu Mapa de Redes que será apresentado na sequência.

Edith é uma jovem de 25 anos (tinha 24 anos na época em que foram realizadas as duas primeiras entrevistas), de cor parda, solteira, mãe de uma menina de 6 anos de idade e moradora da região oeste da cidade de São Paulo (SP). Ela é órfã de ambos os pais que morreram devido à Aids: o pai quando ela era criança e a mãe (infectada pelo pai) quando tinha 16 anos de idade.

Com relação a sua rede de apoio familiar, Edith tem 3 irmãos, dois homens e uma mulher. Um dos irmãos mora no andar de cima da casa onde ela vive e que foi deixada de herança para os filhos pela mãe. Os outros dois irmãos moram distantes de sua casa, a irmã em outra cidade, mas que fica próxima à cidade de São Paulo. Na rua onde vive também moram uma tia (irmã do pai) com os dois filhos.

No momento da realização das entrevistas, ela trabalhava como secretária em uma oficina mecânica, perto do local onde morava. O único benefício que recebia eram caixas de leite da escola em que a filha estuda e a pensão do pai de sua filha.

Depois que a mãe faleceu, Edith foi morar com a tia paterna. Aos 17 engravidou de um namorado e decidiu viver sozinha, no primeiro piso da casa que sua mãe deixou para os filhos (seu irmão morava no segundo andar). Ela não quis dividir a vida com o namorado, pois afirmou não ser apaixonada por ele – engravidou “sem querer”.

Edith tinha trabalhado durante dois anos como recepcionista e três meses como atendente no comércio. Depois ficou desempregada e com a filha para criar, momento em que recebeu ajuda financeira do irmão e da tia paterna. O pai de sua filha também ajudava nas despesas domésticas, assim como o padrasto de Edith. No transcorrer desta pesquisa ela

conseguiu novo emprego e passou a trabalhar, então, como secretária em uma oficina mecânica.

Quando a mãe de Edith ficou doente e precisou ser internada no hospital, entre os anos de 2003 e 2004, ela ainda não sabia que a mãe tinha contraído o vírus HIV e desenvolvido Aids:

“eu estranhava, que minha mãe tinha alguma coisa errada, porque ela sentia muita dor de cabeça, dor de cabeça, dor de cabeça, e ela nunca ia no médico. E a gente chorava, às vezes ela chorava de tanta dor de cabeça e ela nunca ia. Ela sentia tanta dor de cabeça que os olhos ficavam vermelho assim, sabe? E ela nunca ia no médico.”

Nas visitas que fazia a mãe, os médicos conversavam apenas com o seu padrasto sobre o estado de saúde dela, época em que ele descobriu o motivo da doença da esposa. No momento em que sua mãe já estava praticamente sem visão, sem audição e sem movimentos foi quando Edith soube a causa da sua doença. A médica responsável pelo caso contou a Edith que sua mãe estava no último estágio da doença. Edith ficou surpresa, mas com esperanças de que ela iria se recuperar e, ao mesmo tempo, com medo de ela mesma ter contraído o HIV. Em função disso, começou a ter receio de ficar perto das pessoas e inclusive de namorar, preocupada se iria transmitir o vírus, apesar de não saber sobre seu estado sorológico. A médica que tratava de sua mãe pediu, então, para Edith, seus irmãos e seu padrasto fazerem o exame para detecção do HIV. Edith fez o exame e o resultado deu negativo. Seus irmãos também não contraíram o vírus, mas o seu padrasto sim.

Segundo Edith, a mãe decidiu sair do hospital por conta própria, *“ela que deu alta, ela que quis vim embora (...) ela falou que ia morrer e não queria ficar muito longe dos filhos”*. Como sua mãe nunca contou que tinha HIV para seu padrasto, acabou transmitindo o vírus para ele, que também faleceu de Aids no transcorrer das entrevistas realizadas com Edith para esta tese.

O padrasto de Edith foi embora de casa logo depois que a mãe dela morreu, casou-se novamente e teve dois filhos, mas sempre a ajudou no que precisava. Mesmo sabendo que

tinha o vírus HIV, ele não fez nenhum tratamento, apesar dos pedidos da médica e de já haver no país, disponível a todos os brasileiros, o acesso universal a terapia antirretroviral. Ele dizia, entretanto, que não tinha o vírus e como era evangélico, acreditava que Deus curava tudo.

Outro dado da história de Edith é de que quando era pequena, lembra que seu pai passou um período preso e que sua mãe ia visitá-lo, como ela própria relatou *“tinha coisas que minha mãe não podia ir na minha escola, porque meu pai tava preso e tinha que ir ver meu pai e não ia e eu ficava muito triste.”* No entanto, a mãe de Edith sempre procurou cuidar dos filhos: *“minha mãe vivia na porta de cadeia vendo meu pai, entendeu? Mas ainda assim foi uma grande mãe, entendeu? (...) a vida da minha mãe era arrumar serviço, trabalhar e por as coisas dentro de casa”*. Apesar de não ter conseguido dar *“do bom e do melhor”*, sua mãe tentou oferecer o que eles precisavam e deixava que os filhos fizessem o que quisessem para brincar ou se divertir, desde que tomando os cuidados necessários, como Edith contou

*“... até os meus dezesseis anos minha mãe não deixava eu pisar o pé mais de dez horas da noite, eu não podia ficar na rua. Então ela me obrigava a ficar dentro de casa. Eu como a respeitava demais, eu ficava. Então, eu e meus irmãos.”*

De acordo com Edith, sua tia paterna sempre soube que sua mãe tinha HIV e falava para ela se tratar, mas sua mãe nunca se cuidou. Edith não conhece ninguém da “verdadeira” família de sua mãe, que era adotada. Já a família do seu pai, além de conhecer a causa da morte de sua mãe, sempre a tratou muito bem.

*“a minha tia, ela realmente tem a gente como filho, sabe? Ela trata minha filha com um carinho (...) é como mãe mesmo, sabe? A minha tia, ela... às vezes, sabe, no começo eu falava: pô, ninguém vai tomar o lugar da minha mãe. E ninguém realmente toma, só que minha tia suprime a dor que a gente tem, sabe? Então ela vai dando um apoio, ela vai falando, ela vai aconselhando.”*

Edith conseguiu terminar o 2º grau do Ensino Médio, mas teve dificuldades, pois quando se mudou com a família para a casa onde mora atualmente, a escola ficou muito

distante e ela não tinha condições financeiras para a condução. Parou, então, de estudar e voltou a se matricular em outro colégio no ano seguinte. Depois que a mãe morreu, relatou que tinha dias que achava melhor ir para a escola para esquecer e outros que não conseguia sequer levantar da cama, *“não tinha esforço para nada”*. Quando engravidou, passou dois anos sem estudar e quando retornou, sofreu um acidente de moto que a afastou novamente do colégio. O terceiro ano do Ensino Médio foi a época em que ela mais faltou às aulas.

Acerca de sua rede de apoio de amigos, contou que as melhores amizades que fez foi na escola e duas destas pessoas permanecem até hoje como suas melhores amigas. Edith não participa de qualquer associação, entidade, clube, partido ou grupo comunitário. Nos momentos de lazer ouve rádio, assiste televisão, joga vídeo game e sai com as amigas a bares e baladas. Disse que nunca sofreu preconceito nos locais que circula, mas admitiu que sempre escondeu dos outros o motivo da morte dos pais. Apenas suas amigas de colégio e que continuaram próximas a ela sabem do que seus pais faleceram. Edith contou que precisa ter adquirido muita confiança na pessoa para falar o que aconteceu.

Para ela, família é tudo. Ama sua tia, seus primos, seus irmãos e sua filha. Sempre que pode, liga e visita a irmã. Edith também tem muito apoio do pai de sua filha, que fica com a menina alguns dias do mês. No entanto, na primeira entrevista realizada com ela, relatou que desde que a mãe faleceu, sentia muita necessidade do apoio e do trabalho de um psicólogo, *“porque quando a gente perde, parece que o mundo acaba, parece que arrancam um braço da gente, parece que a gente fica sem chão pra pisar”*. Ela sempre foi companheira da mãe e ainda hoje sente muitas saudades dela. Sua filha é um dos seus maiores apoios, como conta a própria Edith:

“tenho a minha filha que eu amo muito, muito mesmo, que acho que é a razão de tudo isso. Além de tudo isso, a razão de eu acordar todos os dias de manhã (...) a única pessoa que eu me segurei foi minha filha. (...) Deus eu acho que falou: ó, eu vou tirar sua mãe, mas eu vou te dar uma filha. Eu vou tirar a sua mãe e vou te dar uma filha, você vai ser mãe. Então, eu penso assim, sabe. Então você não vai acabar, porque eu sempre desde pequena eu falava: se acontecer alguma coisa com a minha mãe, acho

que eu morro, acho que eu me mato. Tanto que quando minha mãe faleceu, nossa, cara, eu fiquei num desespero legal. Eu querendo me matar, eu queria me jogar, sabe, nossa! Eu também tomei um porre lascado. Que eu tava cá minha amiga, a minha amiga: você nunca bebeu, pára, e ela não bebia. Que, eu vou beber, não tenho mais nada que perder. Eu falo... por isso eu falava assim, antes de eu engravidar, se eu morrer ou não eu quero que se dane, que se ferre todo mundo. (...) a minha filha mudou a minha vida”

Edith considerava que a consequência positiva da morte da mãe foi que “*pessoas boas entraram no meu caminho. Pessoas boas que, sabe, que me ajudaram muito, muito, muito mesmo*”. A sua rede de apoio da comunidade, por exemplo, era composta por pelo menos três vizinhas que, sempre que possível, a auxiliavam dando conselhos, emprestando dinheiro, entre outros auxílios. Enquanto que sua rede de apoio referente aos serviços de saúde contava com uma médica do posto de saúde localizado no bairro onde morava e uma agente de saúde que, segundo Edith, dirigia-se regularmente até sua residência para saber se os procedimentos médicos de rotina dela e de sua filha haviam sido realizados, como exames ginecológicos e vacinação.

Ela igualmente sentiu-se mais unida aos irmãos depois de transcorrido um tempo da morte da mãe. Na verdade Edith não sabia se eles sentiam o mesmo que ela, mas passou a dar mais valor para a família, acredita que um irmão está protegendo mais o outro e se dando melhor no relacionamento.

#### **8.4.1 “Bebo para ficar sossegada e mais alegre”: o uso de álcool e outras drogas**

A primeira vez que Edith usou bebida alcoólica foi aos 16 anos, com uma amiga na casa de outros amigos e ficou muito bêbada. Na época da realização das entrevistas ela saía quase todos os finais de semana e pelo menos uma vez ela bebia cerveja e outra vodka que o irmão lhe oferecia para tomarem juntos. Edith costumava beber na própria casa, sozinha ou com o irmão, na casa de familiares e nos bares e nas baladas que frequentava com as amigas.

Comprava bebida alcoólica no bar ou na balada e não usava qualquer outra droga além do álcool. Edith bebia para ficar mais alegre ou mais sossegada.

“Eu bebo (...) quando eu fico muito depressiva, muito depressiva mesmo, eu me sinto sozinha, eu vou na esquina, compro uma cerveja e bebo. (...) Eu não sou muito de ficar mal humorada, mas quando isso acontece, eu acho que é uma vez, acho que uma vez por semana e olha lá ainda! (...e depois que bebe) Me sinto melhor. Eu... parece que eu não sou desse mundo, parece que tá tudo bem. O mundo pode cair, mas eu ainda to feliz.”

Três meses antes da realização das entrevistas, Edith admitiu que consumia bebia alcoólica quase que diariamente e em grande quantidade:

“até uns dois, três meses atrás, teve uma época que eu tava bebendo (...) eu acho que foi um mês direto, assim, tipo bebendo bastante, assim, sem limite nenhum (...) eu bebia (...) quase todos os dias. Eu gastava dinheiro só em cerveja, em balada e curtidão”.

Nesse período, ela contraiu pneumonia e ficou quatro dias internada no hospital. Em função da doença, decidiu parar de beber na quantidade e frequência que fazia antes. Os amigos também consumiam bebida alcoólica, sendo que alguns usavam drogas. Dos familiares, afirmou que o tio e o pai, que esteve preso, usavam muitas drogas.

Quando tem dúvidas sobre o tema de uso de bebida alcoólica e outras drogas, Edith procura pesquisar na internet. Das informações que tem sobre o assunto, as adquiriu na escola, nos postos de saúde, assistindo televisão e ouvindo rádio. A primeira vez que recebeu informações sobre o uso de bebida alcoólica e outras drogas foi na 7<sup>o</sup> série, quanto tinha 16 anos, em uma palestra realizada no colégio onde estudava. Edith gostaria de receber mais informações sobre o tema através dos meios de comunicação, como televisão e rádio, mas também disse que poderia ter mais conhecimento sobre o assunto se fosse assistir as palestras que são realizadas no posto de saúde do bairro onde mora.

#### **8.4.2 Discussão dos Temas Adordados no Questionário: A Jovem Edith**

Uma situação que se diferencia do que foi mostrado pelos estudos de Beegle, De Weerdt e Dercon (2006), Ferrara (2009), Foster e Williamson (2000), Mishra *et al.* (2007), Tshweneagae, Wright e Hoffmann (2010), UNAIDS (2004) e Yaro e Dougnon (2003) é a de que, embora tendo perdido ambos os pais, Edith e seus irmãos não tiveram que deixar a escola para poderem ajudar no sustento da casa ou mesmo nas tarefas do cotidiano. Eles igualmente não foram obrigados a migrar para outros lares ou instituições, conforme ocorre com órfãos devido à Aids, principalmente em famílias de baixa renda, como era o caso dela.

Entretanto, assim como foi reportado por autores como Beegle, De Weerdt e Dercon (2006), Foster (2002), Foster e Williamson (2000), Mishra *et al.*, (2007), Onuoha e Munakata (2010), Tshweneagae, Wright e Hoffmann (2010), UNAIDS, UNICEF e USAID (2004) a respeito das consequências deletérias que acarretam a morte de um ou de ambos os pais devido à Aids a crianças e jovens, pôde-se verificar, pelo breve relato da história de Edith, que ela e sua rede familiar também sofreram um forte impacto, primeiramente com a morte do pai. Nessa época, sua mãe teve que cuidar sozinha dos filhos, tendo que exercer trabalhos informais para sustentá-los. Após a morte da mãe, houve outra mudança significativa na sua rede familiar, com o vazio materno sendo aos poucos preenchido por outra mulher, a tia paterna. Apesar disso, essa tia não conseguia agregar Edith e seus irmãos como a mãe fazia, já que apenas Edith foi morar com ela, o que provocou o afastamento temporário entre eles e as experiências de solidão que ela passou a viver.

Com relação à escola, Edith foi a criança que teve que deixar de frequentar às aulas devido a distância do colégio de sua residência e da falta de dinheiro para se deslocar até ele por transporte público, como relatado na discussão dos resultados do questionário neste estudo. Portanto cabe aqui a análise feita de que, considerando-se o dispositivo do ECA (1990) que determina que toda criança e adolescente tem direito à educação, assim como a



mesma possibilidade de ir e permanecer na escola e de ter uma perto de sua casa, volta-se a afirmar que essa jovem, nesse momento de sua vida, passou por um aumento de sua vulnerabilidade programática. Isso porque a formação e a informação de que tinha direito lhe foram suprimidas, assim como houve a negligência de seus direitos fundamentais, o que acarretou o atraso de sua formação já que teve que repetir a série que cursava.

A jovem entrevistada também afirmou não ter tido nenhuma experiência de estigma e discriminação em qualquer local que frequentava devido ao motivo da morte parental e nem sofreu isolamento das amigas quando estas souberam a causa do falecimento de seus pais. Relatou, contudo, que evitava contar para as pessoas que os pais haviam morrido devido à Aids justamente por medo de viver situações de discriminação e preconceito. Evidenciou-se, desse modo, que portadores de HIV/Aids e quem é afetado diretamente por esta doença, como os órfãos devido à Aids, ainda vivem experiências de medo de sofrerem estigma e discriminação que, somado aos outros revezes que muitas vezes precisam enfrentar (perdas financeiras; desagregação familiar, etc.), pode lhes provocar culpa, ansiedade e depressão, conforme reportado por autores como Beegle, De Weerd e Dercon (2006), Foster (2002), Onuoha e Munakata (2010), UNAIDS (2004, 2012), UNAIDS, UNICEF e USAID (2004), Yaro e Dougnon, (2003).

Portanto, tratou-se de todo um contexto social e programático que pode ter aumentado a vulnerabilidade individual de Edith ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, implicados a sua dificuldade expressa de se tecer com outros grupos que não o familiar e em frequentar espaços de lazer e socialização devido ao receio de viver situações de estigma e discriminação, além de aumentar sua vulnerabilidade individual a desenvolver problemas psicológicos, principalmente a partir das experiências de solidão que passou a experimentar (Ayres, 2009; Ayres *et al.*, 1999, 2006; Ayres, Paiva & França, 2012).

Nas respostas dadas nas entrevistas realizadas, Edith contou que não passou por qualquer experiência de violência, exploração ou de abuso em função de sua orfandade. Ela afirmou, ainda, que não encontrava dificuldades em obter assistência médica, já que tinha acesso ao Posto de Saúde da região onde morava. Reclamou, no entanto, de não ter podido recorrer ao tratamento de um psicólogo quando mais precisou de um (após a morte da mãe) e de ainda sofrer as consequências desta falta de ajuda psicológica, pois no serviço de saúde do seu bairro este tipo de tratamento não era oferecido à população. Situação igualmente reportada por Beegle, De Weerd e Dercon (2006), Ferrara (2009), Foster (2002), Onuoha e Munakata (2010), Tshweneagae, Wright e Hoffmann, (2010), UNAIDS (2004), UNAIDS, UNICEF e USAID (2004), onde se verifica que crianças e jovens órfãos devido à Aids ou afetados pela doença geralmente têm dificuldade em obter assistência médica, psicológica e serviços jurídicos.

Tais situações servem para reforçar a necessidade de ampliação dos cuidados oferecidos pelo Estado a crianças e jovens órfãos devido a Aids, para, com isto, diminuir as vulnerabilidades dos mesmos a doenças e outros agravos a sua saúde, pois considera-se que a dimensão programática é uma mediação fundamental implicada e inextricavelmente ligada às dimensões individual e social da vulnerabilidade (Ayres, 2009; Ayres *et al.*, 1999, 2006; Ayres, Paiva & França, 2012). Acredita-se que as políticas públicas e os programas sobre o HIV/Aids ainda ignoram que os órfãos são um grupo com características específicas, e com isso não conseguem constatar as particularidades emocionais e psicossociais que as distinguem das demais crianças e adolescentes, o que compromete o sucesso das ações voltadas ao atendimento de suas demandas (Foster, 2002; Foster & Williamson, 2000; UNAIDS, 2004; UNAIDS, UNICEF & USAID, 2004).

Com relação ao consumo de álcool e outras drogas, como Edith tinha um baixo nível de renda, ela se incluía no grupo que, conforme os estudos de Laranjeira *et al.* (2010),

Ministério da Saúde (Brasil, 2003) e WHO (2011), é passível de usar abusivamente de bebida alcoólica. Não obstante o padrão de uso que fazia do álcool até o momento da realização da primeira entrevista, Edith referiu não consumir nenhum outro tipo de droga, lícita ou ilícita, como cigarro, cocaína, etc., como é comum ocorrer entre usuários abusivos ou dependentes da substância, conforme Marques e Ribeiro (2006) e WHO (2011) descreveram.

Identificou-se, ainda, que para Edith a perda dos pais, especialmente a mãe, e a impossibilidade de acessar um tratamento psicológico que identificava como necessidade, ampliou sua vulnerabilidade ao uso abusivo de bebida alcoólica, pois um dos motivos alegados por ela para consumir excessivamente a substância foi para deixar de se experimentar na solidão e esquecer a falta que a mãe lhe fazia (Ayres, 2009; Ayres *et al.*, 1999, 2006; Ayres, Paiva & França, 2012). Segundo a entrevistada, sua mãe é quem mantinha ela e os irmãos unidos e, após a sua morte, eles passaram um período afastado uns dos outros, o que também lhe gerou um impacto negativo. O afastamento da rede familiar se ampliou quando Edith começou a consumir abusivamente bebida alcoólica, pois neste momento ela decidiu se distanciar dos parentes (irmãos, tia paterna, primos) para não ter que ouvir as críticas que eles faziam relativas ao seu padrão de consumo da substância, o que serviu para tornar mais frequente sua experiência de solidão.

O enfraquecimento dos vínculos existentes entre Edith e os integrantes de sua família em função de seu uso prejudicial de bebida alcoólica reforça o que as pesquisas como as de Araujo, Ciconelli e Pedroso (2010), Dessen e Braz (2000), Moré (2005), Rodrigues e Madeira (2009), Siqueira, Betts e Dell’Aglío (2006), Sluzki (1997, 2000), Souza, Kantorski, e Mielke (2006), Troncoso, Avarez e Sepúlveda (1996) evidenciaram, ou seja, que na medida em que a pessoa passa por certas dificuldades, situações inusitadas ou estressantes, isto interfere diretamente em sua rede de modo a fortalecer determinados vínculos, mas também a enfraquecer ou romper outros, principalmente se o poder público não oferece recursos para

que a rede de apoio da comunidade do qual participa, assim como sua rede familiar, sua rede de apoio de amigos, entre outros possam lhe dar alternativas de saída para suas dificuldades.

Além disso, conforme mostrado nas pesquisas de Beegle, De Weerd e Dercon (2006), Ferrara (2009), Foster (2000), Mishra *et al.* (2007), Onuoha e Munakata (2010), Tshweneagae, Wright e Hoffmann (2010), UNAIDS, UNICEF e USAID (2004), Yaro e Dougnon, (2003), ressalta-se como a orfandade pode constituir-se, dentro do tipo de contexto que Edith vivia, em um agravante da vulnerabilidade ao uso abusivo de álcool e outras drogas (conforme hipótese formulada por este estudo), e a crianças e adolescentes desenvolverem problemas psicológicos em função da articulação de outras situações estressantes e traumatizantes que precisam enfrentar. Isso serve apenas para aprofundar o sofrimento padecido e tornar a superação de seus problemas uma tarefa ainda mais difícil e complexa.

Outras situações também podem ter contribuído para aumentar sua vulnerabilidade social em se exceder no consumo de bebida alcoólica, como o uso de drogas pelo pai e de álcool pelo irmão, ter amigas e colegas que usavam e aprovavam o uso de bebida alcoólica e a disponibilidade de acesso ao produto (havia um bar próximo a sua residência). Situação essa também reportada por Silverman (2009) quando apresentou uma pesquisa com usuários de maconha onde se evidenciou que sem a rede de amigos para mediar como fazer uso da droga, tornar-se-ia mais difícil para o iniciante tirar “proveito” do seu consumo. Verifica-se, desse modo, que uma rede de relações também pode ser tecida de forma a levar o indivíduo a buscar saídas para sua situação através de recursos que, não necessariamente, irão ajudá-lo.

Apesar de Edith, quando estava sob o efeito do consumo excessivo de bebida alcoólica, não ter passado por qualquer experiência de violência, de acidente de trânsito nem outro incidente que poderia ter provocado ou sofrido, a sua possibilidade de adoecer cresceu, já que neste período contraiu pneumonia. Pode-se inferir, igualmente, como destacado por Castro *et al.* (2012), Costa *et al.* (2004), Marques e Ribeiro (2006), Brasil (2003), Pinsky *et*

al. (2010) e WHO (2011) e pelo relato dela sobre o período em que consumiu bebida alcoólica sem qualquer limite, que em algumas situações Edith deve ter sido uma bebedora pesada da substância (*binge drinking*). Como indicam os autores acima citados, isso costuma tornar mais pronunciado o efeito deletério do álcool sobre o sistema imunológico e pode ter contribuído para deixá-la ainda mais vulnerável a desenvolver doenças.

Em síntese, a morte de ambos os pais, um na sua infância e outro na sua juventude, confirma-se como um fator determinante em sua vida, como já evidenciado por estudos de como os de Franco e Mazorra (2007), que demonstraram o quanto este tipo de orfandade é ainda mais traumatizante para crianças e adolescentes que passaram por este tipo de situação. Em decorrência da morte dos pais, as experiências de afastamento dos integrantes de sua família ampliou sua vulnerabilidade ao uso abusivo e à dependência de álcool ao aprofundar seus momentos de solidão e tristeza.

Vale ressaltar que a condição de vida de Edith tornou-se ainda mais difícil quando ela ficou desempregada e passou a ter que sobreviver da ajuda financeira do irmão e da tia paterna, tendo que cuidar sozinha de si mesma e da filha que teve aos 17 anos de idade. Tais acontecimentos demonstram o grau de estresse e sofrimento a qual Edith foi submetida e, portanto, o quanto estava imersa em diversos contextos que a tornavam mais suscetível ao uso abusivo e a dependência de substâncias lícitas e ilícitas, assim como a outros agravos a sua saúde física e psicológica.

#### **8.4.3 A Construção do Mapa de Redes como um Recurso Psicossocial**

Um dos objetivos estabelecidos para esta etapa do estudo foi descrever e compreender como as redes de apoio familiar, social e institucional eram utilizadas por uma jovem que usava abusivamente de bebida alcoólica. Assim, na segunda entrevista realizada com Edith procedeu-se à construção de seu Mapa de Redes.

Essa seria a segunda visita a sua casa, marcada pelo telefone menos de dois meses depois da realização da entrevista com base no questionário. O modelo do Mapa de Redes impresso em folha A4 foi levado ao encontro para visualizarmos o instrumento que foi, então, explicado a ela. A pesquisadora esclareceu do que se tratava o referido instrumento em termos fáceis de compreender, mas que expressassem a compreensão teórica que o fundamentava. Foi dito, entre outros comentários, que o Mapa de Redes era uma representação gráfica de como estavam dispostas suas relações naquele momento de sua vida, mas que era ao mesmo tempo dinâmico e aberto. Portanto, poderia ser modificado dependendo do que ela fizesse e decidisse em relação aos seus vínculos com pessoas próximas ou distantes e dos acontecimentos que estivessem por vir.

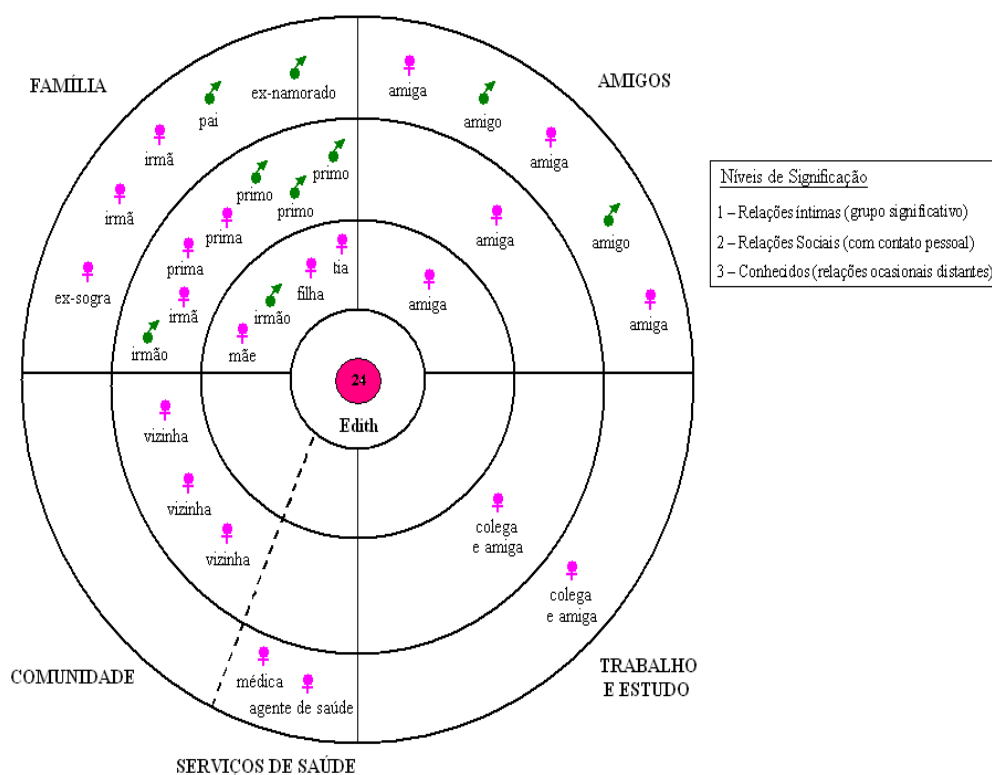
Ressaltar essa dimensão dinâmica do Mapa de Redes implicava em marcar a posição central de cada pessoa como sujeito de sua vida cotidiana, ampliar a consciência do lugar das pessoas com quem tem vínculo e do tipo de interação em curso. Os vínculos, por sua vez, expressavam como os agrupamentos e pessoas participam da dinâmica intersubjetiva cotidiana de cada indivíduo e, ao mesmo tempo, como os diversos grupos e as instituições (família, escola, trabalho, serviços públicos, vizinhança, comunidade) eram significados e encarnados.

Em seguida, foi pedido à Edith que dissesse quais pessoas queria incluir em cada quadrante e em que nível de proximidade dela se encontrava e anotado pela pesquisadora à caneta na folha A4, sem maiores comentários. Quando a confecção de seu Mapa de Redes foi finalizada, a pesquisadora perguntou, ainda, o que ela fazia para lidar com seu sofrimento, pois quando Edith contou a situação da mãe, chorou muito. Ela respondeu que procurava usar bebida alcoólica. Foi então questionado a ela como estava o seu consumo da substância e Edith relatou que estava conseguindo controlar o uso abusivo do álcool. Antes do fim da entrevista, que durou quase uma hora, perguntou-se à jovem se queria receber o Mapa de

Redes com suas respostas impressas pelo computador. Edith aceitou e marcamos, assim, um terceiro encontro que ocorreu dois meses depois deste.

A partir de então, foram realizadas mais três entrevistas com a participante, totalizando cinco encontros (o primeiro ocorreu em novembro de 2011 e o último em setembro de 2012), com o objetivo de aprofundar a compreensão da estruturação de seu Mapa de Redes e observar se a sua confecção havia gerado alguma repercussão em Edith e na interação com sua rede de apoio social e, ainda, se a sua situação de vulnerabilidade ao uso abusivo de bebida alcoólica seria modificada em função disso.

Assim, obteve-se como produto da elaboração do Mapa de Rede de Edith a figura apresentada abaixo:



Em termos descritivos, pôde-se constatar que Edith apresentou uma maior rede de relações no quadrante correspondente à família. No de amigos, das pessoas que citou, grande parte foi colocada no terceiro nível de proximidade dela. Poucos integrantes foram incluídos

no quadrante relacionado à comunidade e ao de trabalho e estudo. Destacou-se o fato de ter inserido uma agente de saúde e uma médica como suas principais relações no quadrante referente aos serviços de saúde, mesmo que mais afastadas em termos de nível de proximidade.

Na terceira entrevista, conversamos sobre qual repercussão o desenho de sua rede de relações havia provocado em sua vida e Edith contou que “esqueceu” de incluir o seu padrasto, que morreu no período em ocorreu as entrevistas com ela. Com respeito ao padrasto, a participante também pediu para que a pesquisadora o considerasse incluído no seu Mapa de Redes no primeiro nível de proximidade, pois foi uma pessoa que sempre lhe ajudou quando precisava. O patrão de Edith também não apareceu inicialmente representado no seu Mapa de Redes, mas ela comentou que conseguiu o emprego após a confecção do mesmo. A jovem fez questão de citá-lo por iniciativa própria durante a entrevista seguinte como uma importante relação que se acrescentou em sua vida.

Com relação à dinâmica do processo de elaboração das respostas dadas no Mapa de Redes, depois de acabar o preenchimento do Mapa e quando questionada sobre o que tinha refletido acerca do desenho que se formou da sua rede de relações, Edith afirmou ter ficado surpresa com a pouca quantidade de vínculos significativos que possuía (no primeiro nível de proximidade) e o elevado número de pessoas que estavam afastadas dela. O que pode ser inferido do seguinte relato da jovem:

“às vezes, eu fico com medo de, sabe, de realmente chegar a esse ponto. Você é ter apenas duas pessoas ou uma próxima a você e o resto tá tudo assim muito longe. (...) e é por isso que eu tenho pouco... (...) eu acho que pra mim ter somente como confiança uma, duas, três pessoas, eu acho que é muito...”

Edith não completou a frase e passou a falar dos motivos que a levavam a não estar tão próxima da irmã mais velha. Posteriormente, durante a quarta entrevista, quando relatava sobre o fato de ter conversado com a tia paterna e uma amiga sobre a constituição de seu



Mapa, Edith disse que foi possível visualizar a quantidade de pessoas com quem podia contar para buscar auxílio e algum tipo de apoio, conforme exposto por ela abaixo:

“hoje eu sei que realmente eu não tenho... eu não tenho ela (mãe)? Não, mas eu tenho muita gente. Eu tenho os meus três irmãos, eu tenho a minha tia, sabe, que eu amo muito, muito mesmo. Agora tem o meu patrão que além de meu patrão é um amigo, é um amigo que eu conquistei. Tem as minhas amigas. Então essas pessoas que eu posso ligar, sabe, chorar, se abrir e ficar bem.”

Durante a realização da terceira entrevista com Edith, foi proposto a ela que a pesquisadora mostrasse e explicasse o seu Mapa de Redes confeccionado, com o seu consentimento, para alguma das relações que a participante considerasse importante. Pretendia-se, com esse encaminhamento, facilitar o caminho de Edith em se aproximar das pessoas que poderiam lhe auxiliar nos momentos difíceis e servir de companhia nos de lazer. Edith aceitou a proposta e fez questão de tomar a iniciativa de apresentar e explicar a configuração de seu Mapa de Redes, nos moldes como havia sido feito com ela, primeiro para sua tia paterna e depois para uma de suas amigas. Ambas eram integrantes da rede de relações considerada significativa por ela (primeiro nível de significação). Após tomar essa atitude, Edith disse que a relação de confiança e amizade entre elas se fortaleceu, como ela própria contou:

“(...) essa minha amiga, que eu te coloquei... que eu te falei... (...) hoje ela já tá mais próxima de mim. A gente tá mais... muito mais amiga, a gente já tá mais perto uma da outra.”

Após apresentar e explicar seu Mapa de Redes para a tia paterna:

“(...) ela (tia paterna) falou (...) pra mim que a todo momento quando ela vai deitar, que ela faz uma oração. Ela sempre pede proteção pra todos os filhos dela, mas os filhos dela inclui eu, inclui meus irmão e que é pra gente sempre ter ela como uma mãe. Olhar e ver ela como uma mãe. (...) Eu fiquei muito feliz. Na verdade eu já sabia que no fundo era isso mesmo que ela sentia, mas às vezes a pessoa falando você já se sente melhor. A gente acaba tendo certeza, tem uma certeza, assim. (...) Concretiza o sentimento, sabe? Você fica mais... eu já confiava nela, eu confiei mais ainda, sabe?”

A tia paterna de Edith era uma relação fundamental para ela de seu ponto de vista.

Como discutem Moré (2005) e Sluzki (1997), devido à tia paterna lhe prestar importante

ajuda material (como lhe dar um cartão de crédito), bem como lhe servir de guia cognitivo, de regulação social e de apoio emocional, cumpria uma função relevante da rede de apoio social, como relatado pela jovem:

“A minha tia, ela... às vezes, sabe, no começo eu falava: pô, ninguém vai tomar o lugar da minha mãe. E ninguém realmente toma, só que minha tia suprime a dor que a gente tem, sabe? Então ela vai dando um apoio, ela vai falando, ela vai aconselhando”

Enquanto que com as amigas incluídas no Mapa de Redes, Edith podia contar principalmente como companhia social, sendo que algumas lhe ofereciam apoio emocional, serviam como guia cognitivo e de acesso a novos contatos (Moré, 2005; Sluzki, 1997).

“faz uma semana que (a amiga) tá dormindo aqui, mas até antes disso, durante já ela vinha pra cá, a gente já se falava demais no telefone, tava se falando bastante no telefone e...(...) A gente tá mais... muito mais amiga, a gente já tá mais perto uma da outra”

“Eu amo a minha amiga de paixão também. Esses dias a gente já não tem mais aquele contato, mas ela sabe que eu existo, eu sei que ela existe e quando pode a gente tá se falando, entendeu? Ela me ligou e eu fiquei super feliz, assim, sabe?”

“minha amiga fala que às vezes eu escrevendo, eu me expresso melhor do que falando. E realmente eu notei, porque eu, eu tipo escrevendo as coisas, assim, eu relendo, aí às vezes eu nem acredito que era eu que tava ali escrevendo, sabe, é uma coisa muito estranha, assim, mas ao mesmo tempo legal.”

Somado a isso, durante a realização da quinta entrevista e quando questionada sobre como estavam suas relações familiares, Edith contou que abriu mais espaço para diálogo com os irmãos e para a ajuda mútua entre eles, por exemplo, ao cuidar dos sobrinhos quando o irmão não podia tomar conta deles, assim como o irmão cuidava de sua filha quando ela não tinha condições, conforme expresso por ela abaixo:

“o meu irmão mais velho, ele me ajuda sim. Ele, digamos que ele é um apoio, entendeu? Ó, preciso... vou trabalhar e minha filha não tem aula. Aí eu deixo minha filha dormindo, ele tá aqui, ele leva a minha filha pro pai dela, entendeu? Se precisar buscar, ele busca. Se precisar ficar o dia inteiro com ela, ele fica. Então ele cuida. Ele tem um carinho... os meus irmãos, eles têm um carinho muito grande pela minha filha. É o que me deixa feliz, que eu sei que se um dia eu faltar, eles vão cuidar bem. (...) os três (irmãos), nossa, eles são muito apaixonados pela minha filha. (...) a minha filha ama eles também de paixão. (...) E o meu irmão ele dá um apoio pra mim, não financeiramente, um apoio moral mesmo, que se eu precisar das coisas ele vai lá e

ajuda. Só que o meu irmão mais novo, ele... o negócio dele, ele acha que é dinheiro. Com tudo que envolve, qualquer coisa ele acha que se ele tiver dinheiro, ele resolve.”

“(...) meus sobrinhos também tavam muito distante deles, agora eu to mais próxima. Gosto muito deles também, né, os filhos do meu irmão mais velho. (...) Agora eles (sobrinhos) ficam um final de semana aqui e outro lá. Quando eu não saio, eu fico com eles e meu irmão sai. Porque ele tem a vida dele. Então pra mim não é um sacrifício nenhum, porque ele me ajuda, eu ajudo ele, entendeu?”

Ela igualmente reforçou o vínculo estabelecido com sua irmã mais velha, ao recebê-la mais vezes na sua casa e ao tomar a iniciativa de visitá-la com maior frequência.

“Que nem semana passada foi aniversário da minha irmã. Aí eu fui pra casa dela no sábado. Dormi lá. Comemorar. Saí com ela, o marido dela, com as crianças, fomos pro shopping, almoçamos, tal. Aí quando foi no domingo a gente veio pra cá e a gente foi pra casa da minha tia. Ficamos um pouquinho lá. Ela fez um almoço pra minha irmã, tal, de aniversário. Aí depois a minha irmã veio pra cá, ficamos aqui também. Depois ela foi embora. Foi uma coisa que pra mim faltava, né, a gente se divertir um pouco, todo mundo junto. (...) Às vezes eu vou lá no sábado (casa da irmã), durmo lá, no domingo eles me trazem”.

Edith conseguiu, portanto, estabelecer uma relação de reciprocidade com os irmãos, onde um servia de apoio para o outro, seja ao cuidar dos sobrinhos e de o irmão cuidar de sua filha, ou de servir de companhia para a irmã e o cunhado nos momentos de lazer, assim como a irmã e o cunhado lhe correspondiam neste sentido.

Ao mesmo tempo, das relações que a entrevistada considerava mais próximas, com todas Edith tinha uma história em comum, isto é, se conheciam há muitos anos e sabiam do drama vivido por ela sobre a morte dos pais devido à Aids, sua gravidez não planejada, entre outros. De acordo com Moré (2005) e Sluzki (1997), ter uma história em comum faz com que os vínculos entre os integrantes de uma rede sejam mais intensos, ou seja, que haja um maior nível de intimidade entre eles e que a frequência dos contatos não precise ser tão reiterada para que haja a experiência de que um pode contar com o outro no momento em que for preciso.

A rede de apoio no âmbito da comunidade também foi identificado como relevante por Edith. Apesar de ter sido representada apenas por três vizinhas que foram colocadas no

segundo nível de proximidade da entrevistada, elas lhe serviam, sempre que possível, de importantes guias cognitivos quando trocavam opiniões sobre como resolver problemas do cotidiano, bem como lhe ofereciam ajuda material através, por exemplo, da compra de um botijão de gás quando a entrevistada estava sem condições financeiras para adquirir um.

Como mostraram os estudos de Coelho e Ribeiro (2000), Costa e Ludermir (2005), Dabas (2001), Moré (2005), Ramos (2002), Rodrigues e Madeira (2009), Seidl e Tróccoli (2006), Siqueira, Betts e Dell’Aglío (2006), Sluzki (1997), Souza, Kantorski, e Mielke (2006), Troncoso, Avarez e Sepúlveda (1996) além do nível de significância de uma pessoa no Mapa de Redes, é relevante verificar o tipo de apoio que é dado por ela e a satisfação que proporciona a quem ela o dispõem.

O fato de Edith ter conseguido um emprego como secretária em uma oficina mecânica (após a terceira entrevista realizada), foi descrito por ela como algo que ampliou suas possibilidades para realizar tanto planos mais imediatos, como o de melhorar a sua condição de moradia e ter outras atividades de lazer, quanto planos mais remotos, como o de comprar um carro e se aperfeiçoar profissionalmente, incentivada pelo patrão. Assim, acrescentaram-se à sua rede de relações, pessoas ligadas ao seu ambiente de trabalho que passaram a exercer papel relevante em sua vida, principalmente seu patrão, que procurava apoiá-la lhe dando conselhos e suporte financeiro, tornando-se, assim, outro importante guia cognitivo, de regulação social e de ajuda material (Moré, 2005; Sluzki, 1997), conforme os relatos a seguir:

“meu patrão (...) Ele me põe pra cima. (...) Ele é um cara que dá oportunidade pra todo mundo, pra muita gente, sabe. E me ter ali foi uma oportunidade que ele me deu mesmo, sabe”.

Em um dia que ela estava triste:

“(...) aí ele começou a me por pra cima, ele falou assim: oh, eu não paro. As pessoas morrem, uns sentem saudade e dá... o que você precisar eu vou te ajudar, e o que você precisar eu vou te ajudar. Você não quer reformar a sua casa? A gente dá um jeito. (...) Ele falou assim: mas vai pra frente, bola pra frente que amanhã ou depois a gente consegue superar tudo isso. (...) no trabalho, tá tudo muito ótimo, sabe?”

Durante a quinta entrevista com Edith, também foi perguntado como estava o seu estado de saúde e da sua filha e se ela procurava manter atualizados seus exames, conforme ela havia dito que a agente de saúde lhe prevenia. Edith respondeu que antes de nossos encontros acontecerem, ela não tinha tanta preocupação com esse aspecto de sua vida, mas que após a realização da terceira entrevista, quando foi questionado sobre que ações ela tomava para cuidar de sua saúde e de sua filha, ela afirmou que havia voltado a consultar os profissionais do posto de saúde da sua região para atualizar seus exames e prevenir eventuais problemas físicos que pudessem ocorrer com ela e sua filha. Desse modo, apesar de a agente de saúde e a médica do posto de saúde terem sido colocadas pela entrevistada apenas no terceiro nível de significância no seu Mapa de Redes, julga-se que depois das discussões feitas sobre sua saúde e sobre os profissionais a quem poderia recorrer, Edith passou a dar novo valor às referidas profissionais e a sua própria condição de física, assim como a de sua filha.

Com isso, acredita-se que Edith, auxiliada pelas conversas estimuladas pela confecção de seu Mapa e ao compreender-se como uma pessoa ativa e central na articulação deste, começou a alterar a sua condição e, portanto, a de sua filha. Ao alterar o contexto em que transcorria sua vida cotidiana, mudou ativamente a qualidade e a satisfação com o apoio recebido. Essa dinâmica pode interferir no processo de prevenção e recuperação de doenças, como tem discutido os estudos de Andrade e Vaitsman (2002), Costa e Ludermir (2005), House, Landis e Umberson (1988), Meneses e Sarriera (2005), Ramos (2002), Ribeiro (1999), Rodrigues e Madeira (2009), Siqueira, Betts e Dell’Aglia (2006), Sluzki (1997, 2000), Uchino (2006).

Outra consequência dos encontros realizados foi a busca pelo estreitamento de seus vínculos de amizade com as demais amigas, além de ter conquistado outras e iniciado uma nova relação amorosa com um rapaz. Com relação às amigas, ela comentou:

“As minhas amigas tá bem, assim, eu to ainda tranquila com todas.(...) Sempre, aquela ali sempre tá do meu lado.”

“Eu conquistei duas grandes amizades. (...) eu falo com elas todos os dias. (...) é uma amizade que eu sinto que vai pra frente, sabe? Então, é uma amizade legal. Então eu não fico me trancando. (...) Então são pessoas que me põe pra cima, também. Se eu precisar contar com elas, elas tão junto.”

Pode-se considerar que as alterações ocorridas na rede de relações de Edith ampliaram seus recursos emocionais e psicossociais, pois mesmo tendo experimentado ainda alguns momentos de solidão, ela não recorreu à bebida alcoólica para aliviar o sofrimento. Procurou, por sua vez, acionar outros recursos como os de escrever seus sentimentos no computador e acender uma vela para sua mãe quando sentisse falta dela, conforme sugestão que lhe foi dada por sua tia paterna.

“Então eu me controlo, eu escrevo, sabe. Às vezes eu escrevo, escrevo muito.(...) É como se fosse um diário, ali eu, sabe... agora no computador, eu vou, escrevo, escrevo, escrevo. (...) às vezes eu escrevendo, eu me expresso melhor do que falando. (...) é um jeito de me abrir, quando não tem muita gente assim pra conversar, assim, sabe.”

“Esses dias eu senti uma falta da minha mãe, uma grande falta da minha mãe, ainda, sabe. Aí eu fui lá, acendi uma vela, que minha tia fala: quando você ficar triste, acende uma vela pra sua mãe. (...) Então eu ainda me sinto triste de vez em quando, mas vou falar pra você que acho que é que nem você falou, todo ser humano tem um momento que ele fica triste.”

Uma das peças fundamentais para superar sua situação de vida através de suas práticas foi conseguir articular ativamente a sua rede de apoio social e compreender melhor a dimensão sócio-estrutural (programática) a que estava submetida, ao ir em busca, por exemplo, de reforçar os vínculos com a agente de saúde e a médica que lhe atendia no posto de saúde. Em outras palavras, a perspectiva de vida da entrevistada não teria mudado sem as iniciativas tomadas por ela nessa direção. Ao mesmo tempo, Edith teve condições de tomar novas atitudes a partir do momento em que conseguiu identificar as pessoas ao seu redor com quem poderia ou não contar e pensar em outras que poderia incluir de modo a dar um rumo diferente à sua existência. Isso foi expresso por ela no seguinte depoimento, após ser

perguntada durante o terceiro encontro sobre o que mais havia lhe chamado a atenção ao ver a sua rede de relações representada graficamente no Mapa de Redes:

“eu acho que mais me chamou a atenção, assim, olhando todas essas pessoas (no Mapa de Redes), é que naquele mesmo dia que você veio aqui, anterior, eu... você falou pra mim e eu acabei pensando, e eu acho que é bem aquele negócio de que eu não estou sozinha (...) eu percebi que realmente, a gente tá sozinha quando a gente quer ficar sozinha. E com todas essas pessoas, eu... por incrível que pareça, eu já obtive contato com todas elas, sabe. Que nem a minha irmã, essa (xxx), que eu não via... que eu falava com ela uma vez ou outra, eu já tenho falado mais com ela. (...) Porque às vezes o problema não tá nela. Às vezes eu acho que o problema às vezes tá em mim, e eu acho que o problema é nela, entendeu? Aí eu conversei, vi o que... o que poderia tar acontecendo, assim. Eu conversando. Não, é... não explicando os problemas que eu passei, ou essas consultas que eu acho que me ajudou bastante com você, conversando pra ver qual era o problema. Então... é que às vezes as pessoas não tem o tempo exato que a gente precisa na vida... na minha vida, assim. Tipo, ó, que nem a minha irmã, essa minha irmã, ela trabalha. Então se hoje eu tivesse triste, precisando de alguém pra conversar, eu não poderia contar com ela, porque ela trabalha, mas não porque ela não queria estar comigo, entendeu? (...) Eu cheguei numa conclusão, assim, que às vezes as pessoas não têm o tempo exato do que eu preciso, entendeu? (...) Tem a vida dela pra viver. Tem os problemas delas pra resolver, mas não porque ela não quer ficar perto de mim. Não porque elas não... não tá nem aí pra mim, entendeu?”

Assim, acredita-se que após a confecção do Mapa de Redes, Edith conseguiu ampliar sua condição de entender os recursos com os quais podia contar. Considera-se, igualmente, que ela assumiu uma postura realista sobre a frequência com que poderia encontrar e as condições de acesso a suas relações, no momento em que relatou entender a impossibilidade de as pessoas serem uma presença constante no seu cotidiano, pois tinham seus compromissos e necessidades para resolver, o que não significava que não se importassem com ela.

Além disso, ao melhorar sua condição social e econômica e ver que meios poderia se valer para superar suas dificuldades, Edith passou a traçar novos projetos para o futuro, o que lhe gerou outra motivação e disposição no dia-a-dia, conforme as falas abaixo, obtidas durante a quarta e quinta entrevista, parecem evidenciar:

“(...) eu tenho planos. Ó, que nem eu pretendo, por exemplo, arrumar minha casa, é... acho que em julho que eu vou conseguir comprar tudo e arrumar minha casa (...) eu to guardando dinheiro pra isso. To tentando todo mês tirar uns 50 ou 100 reais e deixar no banco pra poder fazer isso.(...) Arrumar o quarto da minha filha e sei lá... e depois

eu pretendo muito, que meu patrão até me deu essa ideia de arrumar um carro baratinho pra mim comprar”

“(...) vou investir no ano que vem de administração, mas é gestão, né, é gestão.(...) se forma em administração da empresa, só que você também forma aquela parte todinha da mecânica, entendeu? Cê aprende a dirigir. Eu to aprendendo a dirigir também, sabe? (...) o rapaz lá do curso tá me ensinando. Porque eu quero só pegar aquela prática, pra o ano que vem também tirar a carta, né? Então as coisas tão caminhando, sabe? Tá caminhando. Tô me sentindo uma pessoa legal.”

“(...) eu penso em casar... que às vezes dá vontade. Sinceramente, às vezes eu falo, pô, é legal, seria legal ter um marido, uma família, constituir outra família. (...) daqui cinco anos tou com trinta (...) espero que até lá eu esteja com alguém que me dê valor, que goste muito, principalmente, da minha filha”.

Outras mudanças positivas ocorridas na situação de Edith também podem ser constatadas nos próximos relatos:

“(...) eu tô, digamos, bem sossegado mesmo. (...) eu to me sentindo forte, mas é que nem assim, é que a vida da gente (...) é feita de oportunidades, de detalhes. (...) hoje, por exemplo, aqui tá sendo um detalhe que amanhã eu vou contar pra minha amiga: pô, a Ana Cláudia foi lá, eu conversei com ela e tal. Foi um detalhe do dia de hoje. Então eu penso, cada dia que eu acordo, eu vou vivendo cada detalhe, cada momento. Então eu aprendi que eu tenho que aproveitar.”

“(...) eu hoje, eu me considero uma pessoa muito feliz, de verdade mesmo. (...) Eu fui vendo com o tempo, trabalhando, o trabalho foi me mostrando isso, que a... que cada um tem seu tipo, o seu modo de viver. Eu sou feliz do jeito que eu sou. Antes eu pensava que eu só seria feliz quando eu visse todas as pessoas que eu gosto felizes. Só que isso é impossível. Impossível pelo seguinte, porque cada um tem o seu modo de vida, de viver.”

Ao longo dos quatro encontros com Edith em que se discutiu principalmente acerca de sua rede de apoio social, era sempre questionado a ela como estava o seu consumo de bebida alcoólica e se continuava utilizando-a para esquecer seus problemas e aliviar seu sofrimento, como havia afirmado nas duas primeiras entrevistas. Sobre isso, durante a quarta e quinta entrevista, Edith respondeu:

“eu bebo... continuo bebendo uma cerveja aqui, outra ali. (...) Pra esquecer, não. Não, sinceramente não. Eu bebo, sim, final de semana. A gente sai pra balada, a gente bebe um pouquinho, mas eu to firme e forte, assim... Porque antes eu bebia, eu ficava ali, eu ficava bêbada, acabava com a tristeza ali tudo. Hoje não, eu bebo, posso até ficar alegre, mas eu venho pra minha casa, deito e durmo. No outro dia eu acordo bem



tranquila, tomo um banho e pronto, passo o dia bem. (...) Tá sendo assim agora. Tá mais controlado (...) apesar de mudar aos pouquinhos, isso pra mim já foi o bastante.”

Com isso, julga-se que o rumo dado por Edith a sua vida fez com que ela conquistasse condições de usar bebida alcoólica de modo a não precisar abster-se de algo que, consumida em certa quantidade, lhe gerava prazer, ou de criar um medo desnecessário de consumi-la. O fato de ela reforçar as relações significativas que tinha e agregar outras a sua rede, além de, com a compreensão que formou sobre como eram estabelecidos seus vínculos familiares, com amigos, vizinhos, entre outros, pode ter contribuído para ela ter adquirido mais confiança no suporte de que dispunha, experimentando-se mais próxima de alguns integrantes de sua rede e com maior satisfação com o apoio recebido.

Como apontado por Coelho e Ribeiro (2000), Costa e Ludermir (2005), Dabas (2001), Moré (2005), Ramos (2002), Rodrigues e Madeira (2009), Seidl e Tróccoli (2006), Siqueira, Betts e Dell’Aglio (2006), Sluzki (1997), Souza, Kantorski e Mielke (2006), Troncoso, Avarez e Sepúlveda (1996), a qualidade e a satisfação com o apoio social que se recebe são igualmente relevantes, assim como a quantidade de pessoas identificadas, e devem ser consideradas no momento de se analisar como está constituída uma rede de apoio social para identificar se esta tem condições de dar o mínimo de suporte para a pessoa em questão.

Edith também indicou ter aumentado seu bem-estar e suas condições de tomar decisões com maior autonomia e independência, além de ter reduzido as possibilidades de se experimentar na solidão e, em função disso, de fazer uso prejudicial de bebida alcoólica. Como os estudos de Andrade e Vaitsman (2002), Costa e Ludermir (2005), House, Landis e Umberson (1988), Meneses e Sarriera (2005), Ramos (2002), Ribeiro (1999), Rodrigues e Madeira (2009), Siqueira, Betts e Dell’Aglio (2006), Sluzki (1997, 2000), Uchino (2006) tem indicado, foi uma conquista importante na medida em que pessoas com baixos níveis de apoio social e insatisfação com o auxílio recebido têm maiores taxas de morbimortalidade.

Cabe ressaltar, ainda, que as atitudes da entrevistada devem ter repercutido em toda a sua rede de relações, tendo afetado alguns integrantes em maior proporção do que outros. Como indicam os autores Araujo, Ciconelli e Pedroso (2010), Dessen e Braz (2000), Meneses e Sarriera (2005) e Sluzki (1997), os resultados da ação de uma pessoa tendem a se refletir em outros vínculos de várias formas. Assim, o profissional que se dispõe a fazer uso de um instrumento como o Mapa de Redes, tem que observar que pode atingir tanto a pessoa que se dispôs a pensar e intervir em sua rede de relações, como também os demais integrantes que a compõe.

A rede de apoio social em qualquer um de seus quadrantes e níveis de significância é aberta e dinâmica e se constituirá em um determinado desenho ou em outro conforme for o movimento da pessoa sobre os vínculos que possui ou gostaria de ter. Ao mesmo tempo, deve-se considerar, como os estudos de Araujo, Ciconelli e Pedroso (2010), Dessen e Braz (2000), Moré (2005), Rodrigues e Madeira (2009), Siqueira, Betts e Dell'Aglio (2006), Sluzki (1997, 2000), Souza, Kantorski e Mielke (2006), Troncoso, Avarez e Sepúlveda (1996) indicam, que fatores tais como o momento de vida em que a pessoa esteja passando (nascimento de um filho; doença na família); sua idade (adolescente ou idoso); se é homem ou mulher; o local onde mora (periferia ou centro urbano), entre outros, igualmente interferem no modo como uma rede de apoio social se constituirá.

Apesar das mudanças relatadas, ao longo da última entrevista que se deu no mês de setembro de 2012, Edith expôs o forte medo que tinha de ficar sem a filha e como isto a fazia ter dificuldades para dormir quando ela ia passar alguns dias na casa do próprio pai ou da avó paterna.

“eu não consigo mais dormir na minha cama sem minha filha.(...) Eu deito na cama, a minha filha tem que tar comigo, sabe? Se eu faço assim e não vê ela, eu perco o sono, filha, eu perco o sono. Eu não vivo mais sem minha filha. (...) tô com sono, eu deito e durmo. Sinto falta dela naquela hora. Eu só não posso acordar na madrugada que aí é choro. Eu choro, eu choro, eu choro. Sinto falta da minha filha. Então é muito forte. Nossa, eu tenho um apego com minha filha muito forte.”

Em relação a isso, conversou-se com ela sobre um serviço de atendimento psicológico gratuito oferecido por uma universidade localizada próxima a sua casa, para que, quando sentisse necessidade de tratar do assunto, pudesse procurar um profissional da área.

Finalmente, com base nos depoimentos da participante, julgou-se válida a utilização do Mapa de Redes como um instrumento tanto de prevenção como para a abordagem psicossocial de casos de vulnerabilidade a agravos – no caso deste estudo, ao uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas – para que a pessoa, imersa em suas dificuldades e seu dia-a-dia, possa desenvolver outra perspectiva sobre como está composta sua rede de relações. Assim, estimulada como sujeito que modifica seu cotidiano, possa ampliar as condições de pensar e agir de modo a obter os recursos de apoio que necessita de forma mais efetiva, levando em consideração o que cada integrante que a compõe pode lhe proporcionar no contexto em que se encontra inserida.

Considera-se, portanto, que o uso do Mapa de Redes pode facilitar aos profissionais da saúde uma ação direta nos três planos da vulnerabilidade (social, programática e individual) de modo a tornar-se uma mediação importante no caminho da prevenção de doenças e da promoção da saúde, que no caso deste estudo tratou-se de um grupo de jovens órfãos devido à Aids.

## **9. Considerações Finais**

A configuração das redes de apoio social no contexto de vida de crianças e adolescentes que se tornam órfãos devido à Aids, pode compor um contexto de maior ou menor vulnerabilidade a doenças e outros agravos, especialmente se os jovens pertencerem aos grupos sociais mais pobres da população, como os jovens que aceitaram participar deste estudo.

Com relação a 9 dos 10 entrevistados, observou-se que eles estavam relativamente protegidos do uso abusivo de álcool e outras drogas, o que os diferenciavam não apenas da situação da jovem Edith, que indicou na entrevista ter feito o consumo prejudicial de bebida alcoólica, mas também do que a literatura reporta sobre como se delineia o contexto de vida de órfãos em função da Aids. Isso pode ter ocorrido pelo possível viés que se acumulou neste estudo, ou seja, os jovens que aceitaram ser entrevistados podem ter sido justamente aqueles mais protegidos do referido agravo à saúde. Pode-se sugerir, ainda, que parte das recusas ou da dificuldade de encontrar os demais jovens tenha ocorrido pelo fato de que estes viviam implicados em um contexto em que havia o consumo prejudicial de bebida alcoólica e/ou de outras drogas. Vale ressaltar que o tema da pesquisa era deixado explícito no convite feito via telefone ou pessoalmente para fazerem parte do estudo. Além disso, houve um número elevado de jovens que estavam mortos (4 em um universo de 73 em que foi feita a tentativa de contato) e 1 que estava desaparecido. Os resultados deste trabalho não podem, portanto, ser generalizados para todos os jovens órfãos devido à Aids, mas espera-se que possam estimular algumas reflexões e levar a constatações que sirvam para nortear ações que os beneficiem.

Na direção de contribuir para a constituição de programas para prevenir agravos e promover a saúde desse grupo específico, identificou-se que o pertencimento a uma rede familiar foi relevante para eles, pois viabilizou a experiência de estarem inseridos em um grupo de pessoas que lhes eram significativas, o que gerava segurança e contribuía para não passarem por situações de solidão e sofrimento. A família parece ter se constituído, nesses casos, em um alicerce sob o qual eles puderam se sustentar no momento da perda de um ou de ambos os pais. Assim, observou-se que a rede familiar dos jovens participantes conseguiu preservá-los de fazerem o consumo prejudicial de bebida alcoólica, além de não terem feito uso de nenhum outro tipo de droga, mostrando que a orfandade por Aids, em si, não foi um fator determinante para uma maior vulnerabilidade a este agravo.

A literatura tem discutido que a família é um grupo constituído por três e, recentemente, até quatro gerações, com uma configuração, uma dinâmica e um tipo de funcionamento que lhe são característicos em função, entre outras coisas, da entrada e saída de seus membros (nascimento de um filho, separação) e dos tipos de função na rede familiar que são assumidos por eles (cuidador, agregador). O que se identificou durante a realização das entrevistas foi que a constituição familiar dos participantes incluía – além dos irmãos e da mãe – primos, tios, padrasto, sobrinhos, que se faziam presentes na dinâmica doméstica, em interação com os jovens e auxiliavam no cuidado deles. A essas pessoas os entrevistados indicaram que podiam recorrer e sabiam que podiam contar.

No caso da jovem Edith, o fato de ter perdido ambos os pais para a Aids e em uma sequência muito rápida de tempo, associado ao posterior afastamento dos integrantes da sua rede familiar, primeiro em função da morte da mãe e depois por ter usado abusivamente de bebida alcoólica, somou-se a impossibilidade de acessar um apoio psicológico para superar sua solidão, seguida de um período em que passou desempregada, o que, entre outras circunstâncias, gerou uma situação que aumentou sua vulnerabilidade ao uso prejudicial de bebida alcoólica.

Os encontros realizados com ela, que se deram em torno de seu Mapa de Redes e do uso que fez dele, por outro lado, lhe deram a possibilidade de resgatar e reforçar o vínculo com os integrantes de sua rede de apoio social entre os quais se incluíam membros de sua rede familiar, de sua rede de amigos, além da conquista de um novo emprego e da relação estabelecida com o patrão, considerados pela jovem como importantes mediações para concretizar seus planos para o futuro. Segundo a própria avaliação de Edith, isso proporcionou a ela melhores condições de não precisar usar de modo prejudicial bebida alcoólica nos momentos de sofrimento, diminuindo sua vulnerabilidade ao consumo abusivo de álcool.

Acredita-se, desse modo, que a abordagem da rede de apoio social leva a pessoa a compreender como se dá a produção de sua vulnerabilidade pessoal, e faz com que entenda, também, como em sua vida cotidiana ocorre a proteção ou a negligência de seu direito à saúde integral. Com a construção do Mapa de Redes, cria-se a possibilidade da constatação, por exemplo, da presença ou ausência, da proximidade ou distância dos recursos que estão (ou deveriam estar) disponíveis para suprir as suas necessidades de saúde e das pessoas da comunidade em que está inserida. Ou seja, os profissionais de saúde, incluídos ou ausentes em uma rede de apoio social, materializam e incorporam uma menor ou maior vulnerabilidade programática das pessoas ao uso prejudicial de bebida alcoólica e o consumo de outras drogas. Pode-se visualizar no Mapa de Redes, ainda, onde as interações sociais aumentam ou diminuem a exposição da pessoa a esse agravo de saúde, isto é, quais concepções presentes em sua rede de relações representam os discursos disseminados pela mídia ou pelas práticas cotidianas de valorização do uso prejudicial de bebida alcoólica e outras drogas ou, pelo contrário, quais as que servem de recursos para diminuir sua vulnerabilidade social a este consumo.

Com isso, pretende-se destacar como os diversos planos da vulnerabilidade podem ser identificados através dos vínculos que a pessoa considera como constitutivos e significativos de sua rede de apoio. Isso pode contribuir para ampliar a compreensão de contextos não incluídos em outros quadros conceituais que tratam do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, e, assim, auxiliar na construção de ações que diminuam a vulnerabilidade dos indivíduos a este agravo e de pessoas que vivem em contextos semelhantes.

Considera-se, portanto, que é preciso haver a interação entre o conhecimento científico do profissional e o saber prático do indivíduo, que é sujeito de sua vida, ou do grupo abordado para se chegar aos elementos que servem de base para a sua valorização. Devido ao seu

caráter dinâmico e multifacetado, a intervenção em situações de vulnerabilidade deve ser igualmente pensada em termos de interdisciplinaridade (da integração dos recursos produzidos no campo da psicologia, da educação, da etnografia, da epidemiologia, entre outros) e intersetorialidade (iniciativas junto a atenção básica, ao conselho tutelar, aos serviços especializados e organizações de apoio da sociedade civil, etc.).

O quadro da análise da vulnerabilidade a agravos de saúde, implicado necessariamente na perspectiva dos direitos humanos, concebe a participação do usuário como um dos princípios centrais do planejamento das ações programáticas e do cuidado de cada pessoa. Nas abordagens que focam o plano individual – como o uso que se fez do Mapa de Redes neste estudo – a escuta atenta das situações da vida cotidiana e a compreensão do contexto social em que ocorrem é uma forma produtiva de incorporar essa participação. Assim, para que as mudanças na vida de uma pessoa sejam possíveis é preciso a sua adesão ativa, e é por não darem a devida relevância a isso que as abordagens técnicas acerca do consumo prejudicial de bebida alcoólica e outras drogas que violam os direitos humanos não têm produzido resultados satisfatórios.

A comunidade, seja a partir dos vizinhos, mas também por meio de centros comunitários, pode ser outra fonte de segurança para crianças e jovens órfãos devido à Aids, pois podem constituir redes de apoio e suporte relevantes devido ao impacto econômico e social que a doença provoca, para além do óbvio impacto afetivo. Essa rede pode criar programas comunitários baseados no auxílio para a geração de renda às famílias com maiores dificuldades econômicas; no provisionamento de alimentos; no cuidado das crianças e adolescentes, entre outros, famílias estas que poderiam ser identificadas pelos serviços de saúde.

Em países onde o HIV/Aids é ainda uma epidemia generalizada de alta prevalência, como em parte do continente africano, algumas comunidades têm se mobilizado e feito

esforços para, entre outras coisas, visitarem os domicílios onde vivem crianças e adolescentes com maior grau de suscetibilidade ao problema para fornecer apoio emocional e material, ou angariam fundos para a ajuda de emergência as pessoas que têm seus direitos negligenciados. Além disso, alguns governos prestam serviços às crianças, aos jovens e às comunidades, e parcerias com organizações da sociedade civil e não-governamentais tem sido fundamentais na ampliação do oferecimento de serviços essenciais aos grupos mais vulneráveis ao HIV/Aids.

O que se identificou neste conjunto de estudos, entretanto, é que os jovens órfãos em função da Aids não têm sido considerados em suas especificidades nos serviços de saúde e de educação no Brasil, mesmo os especializados em HIV/Aids, o que impede a implementação e o sucesso de ações construídas para contemplar suas necessidades. Desse modo, constituem um grupo que, profundamente afetado pela epidemia, sofre ainda o impacto social, econômico e psicossocial de perder os um ou ambos os pais para a Aids, o que eventualmente tem ampliado sua vulnerabilidade ao adoecimento. Sendo assim, é preciso continuar investindo em campanhas de prevenção na mídia, nas escolas e na comunidade, assim como na construção e aplicação de políticas públicas que levem em conta as particularidades desse seguimento da população.

Ações que deveriam ser feitas para melhorar da condição de renda das famílias menos favorecidas e a devida oferta de apoio psicossocial, comunitário, jurídico, entre outros, igualmente beneficiariam e ampliariam a cidadania desses jovens. Como se pôde observar, os participantes deste estudo viviam em bairros que não contavam com muitos espaços de lazer e socialização próprios para se reunirem e constituírem sua rede de amigos. Além disso, o tráfico de drogas era uma presença constante no cotidiano deles e algumas de suas queixas sobre a sua condição física não eram atendidas pela inexistência de certas especialidades médicas nos postos de saúde da região em que residiam.



Observou-se, desse modo, que havia a violação e negligência de direitos fundamentais desses jovens, conforme estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, base sobre a qual a vulnerabilidade pode se desenvolver em todas as suas dimensões. Como o consumo prejudicial de álcool e outras drogas tornou-se um problema de saúde pública em vários países do mundo, inclusive no Brasil, como um dos fatores mais relevantes de morbimortalidade na população, considera-se fundamental todo projeto criado para diminuir a vulnerabilidade de pessoas com um contexto de vida análogo ao deles.

Os limites deste trabalho certamente mantém perguntas que exigiriam novas pesquisas para serem devidamente respondidas como, por exemplo, sobre a identificação do grau de interferência de variáveis sócio demográficas, assim como do estado civil, do gênero, da idade, entre outros, na composição e dinâmica da rede de apoio social; na percepção da pessoa do apoio recebido; na sua satisfação com a rede e como isso interfere na sua maior ou menor exposição a contextos de vulnerabilidade ao uso prejudicial e a dependência de bebida alcoólica e outras drogas.

Espera-se, contudo, que este estudo possa ter oferecido uma contribuição inicial para o planejamento de atenção psicossocial às famílias, comunidades, escolas e, principalmente, à própria pessoa afetada, com o intuito de sustentar ações de intervenção e prevenção de doenças e promoção da saúde, articulando-as com os serviços, as instituições e organizações mais adequados e, em especial, para subsidiar os programas responsáveis pelo tratamento de usuários abusivos e dependentes de álcool e outras drogas.

## 10. Referências Bibliográficas

- Almeida A. de C.; Santos, A. de O & Paiva, V. (2012). O Incremento da Participação Comunitária em Pesquisas Sociais: a Estratégia de Trabalho com o Agente Local. In: Paiva, V.; Pupo, L. R. & Seffner, F. (Eds.). *Vulnerabilidade e Direitos Humanos – Prevenção e Promoção da Saúde: Pluralidade de Vozes e Inovação de Práticas* (vol. III, pp. 253-268). Juruá Editora.
- Alpi, S. V.; Fernández, H.; Quiceno, J. M.; Posada, M. L. & Otlavaro, C. (2008). Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia Psicológica*, 26(1): 125-132. Recuperado em 11 de setembro, 2011 de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100011&script=sci_arttext)
- Alves, V. S. (2009). *Modelo de Atenção À Saúde de Usuários de Álcool e Outras Drogas no Contexto Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad)*. Tese de Doutorado, Universidade Federal da Bahia, BA, Brasil. Disponível: [http://www.cridi.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Tese\\_Vania\\_Alves.pdf](http://www.cridi.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Tese_Vania_Alves.pdf)
- Andrade, G. R. B. & Vaitsman, J. (2002) Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4): 925-934. Recuperado em 13 de junho, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14615.pdf>
- Araujo, M. de; Ciconelli, R. M. & Pedroso, M. C. (2010). Redes Sociais: uma proposta para o estudo do comportamento alimentar no planejamento e execução de programas educativos. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 39 (4): 87-94. Recuperado em 11 de junho, 2012 de <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/838.pdf>
- Ayres, J. R. C. M.; Paiva, V. & França, I., Jr. (2012). Conceitos e Práticas de Prevenção: da História Natural da Doença ao Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos. In: *Direitos Humanos e Vulnerabilidade na Prevenção e Promoção da Saúde – Da Doença à Cidadania*. (vol 1, pp. 71-94). Juruá Psicologia.
- Ayres, J.R.C.M. (2009). Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade. In M.A. Martins; F.J. Carrilho; V.A. Alves, C.G. Castilho & C.L. Wen (Eds.) *Clínica Médica* (vol 1, pp. 435-455). Manole.
- Ayres, J.R.C.M.; França, I., Jr.; Calazans, G. & Salletti, H. (2006). O conceito de vulnerabilidade. In: G.W. Campos (Ed.) *Tratado de Saúde Coletiva*. (pp. 116-138). Hucitec.
- Ayres, J. R. de C. M.; Paiva, V.; França, I., Jr.; Gravato, N.; Lacerda, R.; Negra, M. D.; Marques, H. H. de S.; Galano, E.; Lecussan, P.; Segurado, A. C. & Silva M. H. (2006, June). Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/Aids. *American Journal of Public Health*, 96(6): 1001-1006. Recuperado em 30 de agosto, 2013 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470608/>
- Ayres, J.R.C.M.; França, I., Jr.; Calazans, G. & Salletti, H. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Rs Barbosa & R. Parker (Eds.) *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. (pp. 50-71). Relume Dumará.
- Ayres, J. R. C. M.; França, I., Jr. & Calazans, G. J. (1997). Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS (II Seminário). *AIDS, vulnerabilidade e prevenção*. (pp. 32-34). ABIA.
- Barbosa, L. de M. & Sawyer, D. O. (2003, jul/dez). AIDS: a Vulnerabilidade Social e a Evolução da Epidemia nos Municípios das Regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas, 20(2): 241-157. Recuperado em 20 de maio, 2012, de

- [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev\\_inf/vol20\\_n2\\_2003/vol20\\_n2\\_2003\\_8artigo\\_p241a258.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol20_n2_2003/vol20_n2_2003_8artigo_p241a258.pdf)
- Barros, C. R. dos S.; Zucchi, E. M. & França, I., Jr. (2010). Nível de Atividade Física de Crianças e Adolescentes Órfãos por Aids. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 13(3): 446-56. Recuperado em 08 de junho, 2012, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2010000300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000300008)
  - Bastos, F. I. & Malta, M. (2013). Usuários de Drogas Vivendo com HIV/Aids: O Desafio do Cuidado, Prevenção e Integralidade. pp. 189-217. In: *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde – Entre Indivíduos e Comunidade*. (vol II, pp. 189-217). Juruá Editora.
  - Beegle, K; De Weerd, J & Dercon, S. (2007, september). The long-run impact of orphanhood. *Policy Research Working Paper*, 4353. Recuperado em 05 de maio, 2012, de <http://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/1813-9450-4353>.
  - Bernardy, C. C. F. & Oliveira, M. L. F. de (2010). O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 44(1): 11-17. Recuperado em 22 de abril, 2010, de [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)
  - Bertolozzi, M. R.; Nichiata, L. Y. I.; Takahashi, R. F.; Ciosak, S. I.; Hino, P; Val, L. F. do; Guanillo, M. C. de La T. U. & Pereira, É. G. (2009). Os Conceitos de Vulnerabilidade e Adesão na Saúde Coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43(Esp 2): 1326-30. Recuperado em 05 de janeiro, 2012 de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf>
  - Biasoli-Alves, Z. M<sup>a</sup>. M. (1998). A pesquisa em psicologia – análise de método e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: G. Romanelli & Z. M<sup>a</sup>. M. Biasoli-Alves (Eds.) *Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa* (pp. 135-157). Ribeirão Preto: Legis Summa.
  - Brasiliano, S. (2005). *Comorbidade entre Dependência de Substâncias Psicoativas e Transtornos Alimentares: Perfil e Evolução de Mulheres em um Tratamento Específico para Dependência Química*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Disponível: [http://www.mulherdependentequimica.com.br/Silvia\\_Brasiliano\\_Doutorado.pdf](http://www.mulherdependentequimica.com.br/Silvia_Brasiliano_Doutorado.pdf)
  - Brito, T. R. P. de & Pavarini, S. C. L. (2012, jul-ago). Relação entre Apoio Social e Capacidade Funcional de Idosos com Alterações Cognitivas. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 20(4). Recuperada em 28 de março, 2013 de [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
  - Bronhara B. (2009). Estado nutricional de órfãos por aids ou homicídios residentes no município de São Paulo. *Dissertação de Mestrado*. Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
  - Brusamarello, T.; Sureki, M.; Borrile, D.; Roehr, H. & Maftum M. A. (2008). Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. *SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. 4 (1), artigo 03. Acessado em 22 de abril 2010, de <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>
  - Cardoso, L. R. D.; Malbergier, A. & Figueiredo, T. F. B. (2008). O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 35(suppl.1) São Paulo. Recuperado em 7 de outubro, 2013 de <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000700015>
  - Carlini, E. A.; Galduróz J. C. F.; Noto, A. R. & Nappo, A. S. (2001) *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*. São Paulo: CEBRID/ Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo. Recuperado em

- 15 de março, 2011, de [http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento\\_brasil/parte\\_1.pdf](http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil/parte_1.pdf)
- Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). *A mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar*. Editora Artmed. 2<sup>o</sup> edição. Porto Alegre – RS.
  - Cassel, J. C. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104 (2): 107-123.
  - Castro, D. S.; Sanchez, Z. M.; Zaleski, M.; Alves, H. N. P.; Pinsky, I.; Caetano, R. & Laranjeira, R. R. (2012). Sociodemographic characteristics associated with binge drinking among Brazilians. *Drug and Alcohol Dependence* 126: 272-276. Retrieved march 05, 2012 from [www.elsevier.com/locate/drugalcdep](http://www.elsevier.com/locate/drugalcdep)
  - CID – 10. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento*. Disponível: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
  - Cobb, S. (1976, september/october). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5): 300-314. Retrieved june 09, 2012 from <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/38/5/300.full.pdf+html>
  - Coelho, M. & Ribeiro, J. (2000). Influência do Suporte Social e do Coping sobre a Percepção Subjetiva de Bem-Estar em Mulheres Submetidas a Cirurgia Cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1): 79-87. Recuperado em 05 de março, 2012 de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v1n1/v1n1a09.pdf>
  - Corazza, P. R. (n.d.). *Alcoolismo e Comorbidades na População Feminina. Uma Revisão da Literatura*. Recuperado em 05 de março, 2013 de [http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/arquivos/TCC/Alcoolismo\\_e\\_Comorbidades\\_na\\_populacao\\_feminina.pdf](http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/arquivos/TCC/Alcoolismo_e_Comorbidades_na_populacao_feminina.pdf)
  - Costa, A. G. da & Ludermir, A. B. (2005, jan-fev). Transtornos Mentais Comuns e Apoio Social: Estudo em Comunidade Rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(1): 73-79. Recuperado em 11 de junho, 2013 de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000100009&script=sci_arttext)
  - Costa, A. L. M.; Souza, C. de; Domeniski, D. R.; Silva e Souza, H. J. da; Lazzarotto, J. & Gomes, S. C. (2008). *Atualizações em Farmacoterapia para Dependência de Alcool*. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado em 22 de maio, 2012, de [http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/arquivos/TCC/Atualizaes\\_Em\\_Farmacoterapia\\_Para\\_Dependncia\\_De\\_Alcool.pdf](http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/arquivos/TCC/Atualizaes_Em_Farmacoterapia_Para_Dependncia_De_Alcool.pdf)
  - Dabas, E. (2001). Redes Sociales: Niveles de Abordaje en la Intervención y organización en red. *Niveles de Intervención*. Recuperado em 19 de março, 2013 de <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/71292/345905/>.
  - Delor, F. & Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of ‘vulnerability’. *Social Science & Medicine* 50: 1557-1570.
  - De Micheli, D.; Fisberg, M.; Formigoni, M.L.O.S. (2004, julho/setembro). Estudo da Efetividade da Intervenção Breve para o Uso de Alcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50 (3), 305-313. Recuperado em 21 de maio, 2012, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302004000300040](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300040)
  - Dessen, M. A. & Braz, M. P. (2000, setembro/dezembro). Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrentes do Nascimento de Filhos. *Psicologia: Teoria e Prática*. 16(3): 221-231. Recuperado em 18 de agosto, 2012 de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n3/4809.pdf>

- Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Recuperado em 20 de janeiro, 2014, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)
- Ferrara, A. P. (2009). *Orfandade e estigma: vivências de jovens órfãos em decorrência da aids*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Flick, U. (2009). Observação e Etnografia. In: Flick, U. (Ed.). *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. (pp. 203-218). Artmed.
- Fontanella, B. J. B.; Ricas, J. & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1): 17-27. Recuperado em 08 de setembro, 2012 de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003)
- Foster, G. (2002). *Understanding community responses to the situation of children affected by AIDS: lessons for external agencies*. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). Recuperado em 11 de março, 2013 de [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/httpNetITFramePDF?ReadForm&parentunid=DB1400AC67D49680C1256BB8004E0C3D&parentdoctype=paper&netitpath=80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/DB1400AC67D49680C1256BB8004E0C3D/\\$file/foster.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/httpNetITFramePDF?ReadForm&parentunid=DB1400AC67D49680C1256BB8004E0C3D&parentdoctype=paper&netitpath=80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/DB1400AC67D49680C1256BB8004E0C3D/$file/foster.pdf)
- Foster F. & Williamson J. (2000). A review of current literature on the impact of HIV/AIDS on children in Sub-Saharan Africa. *AIDS*. 14(Supl 3):275-284. Recuperado em 12 de maio, 2012 de <http://www.hsrc.ac.za/uploads/pageContent/1670/AreviewofcurrentliteratureontheimpactofhivinsinAfrica.pdf>
- Franco, M.H.P; Mazorra, L. (2007, outubro/dezembro). Criança e luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. *Estudos de Psicologia* 24(4):503-511. Recuperado em 08 de julho, 2013 de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2007000400009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000400009)
- França I., Jr., Doring M. & Stella I.M. (2006). Crianças órfãs e vulneráveis pelo HIV no Brasil: onde estamos e para onde vamos?. *Revista de Saúde Pública*. 40(Supl.):23-30. Recuperado em 09 de agosto, 2013 de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2007000400009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000400009)
- Galduróz, J. C. F. & Caetano, R. (2004). Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 28(Supl I) 3-6. Recuperado em 01 de dezembro, 2009 de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000500002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000500002&script=sci_arttext)
- Gonçalves, A. (2008). *Álcool, tabaco e outras drogas: concepções de professores e alunos do ensino básico e secundário e análise de programas e manuais escolares*. Tese de Doutorado. Universidade do Minho, Portugal. Recuperado em 19 de julho, 2013 de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7822/1/Tese%20de%20Artur%20Gon%C3%A7alves.pdf>
- Hart, T. (2009, december). Exploring definitions of food insecurity and vulnerability: time to refocus assessments. *Agrekon*, 48(4): 362-383. Retrieved january 09, 2013 from <http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/58212/2/2.%20Hart.pdf>
- Heaney, C. A. & Israel, B. A. (2002). Social Networks and Social Support. In: Glanz, K.; Rimer, B. K. & Viswanath, K. (Eds.). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (vol 4, pp. 179-205) Jossey-Bass.
- House, J. S.; Landis, K. R. & Umberson, D. (1988, july). Social Relationships and Health. *Science*, New Series, 241 (4865): 540-545. Retrieved december 01, 2012 from

- <http://www.math.utah.edu/~lzhang/teaching/1070spring2012/Daily%20Updates/examples/feb1/Social%20Relationships%20and%20Health.pdf>
- Kim, T. W.; Palepu, A.; Cheng, D. M.; Libman, H.; Saithz, R. & Samet, J. H. (2007, september). Factors Associated with Discontinuation of Antiretroviral Therapy in HIV-infected Patients with Alcohol Problems. *AIDS Care*. 19(8): 1039-1047. Retrieved october 7, 2013 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2579777/pdf/nihms74060.pdf>
  - Laranjeira, R.; Pinsky, I.; Sanches, M.; Zaleski, M. & Caetano (2010, setembro). Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(3): 231- 241. Recuperado em 09 de setembro, 2012 de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462010000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462010000300006&script=sci_arttext)
  - Leserman, J. , Petitto, J. M., Gu, H., Gaynes, B. N., Barroso, J., Golden, R. N., Perkins, D. O., Folds, J. D. & Evans, D. L. (2002). Progression to AIDS, a clinical AIDS condition and mortality: psychosocial and physiological predictors. *Psychological Medicine*, (32): 1059-1073.
  - Lima, D. S. de (2009). *As ações dos profissionais de saúde da atenção básica junto a usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.
  - Machado, A. R. (2006). *Uso Prejudicial e Dependência de Álcool e Outras Drogas na Agenda da Saúde Pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, Brasil. Disponível: [http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-6Y7K78/ana\\_regina\\_machado.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-6Y7K78/ana_regina_machado.pdf?sequence=1)
  - Mann, J. et al. (1993). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 321p.
  - Mann, J. and Tarantola, D.J.M. (Eds) (1996) *AIDS in the world II*. New York: Oxford.
  - Marques, A. C. P. R. & Ribeiro, M. (Eds.) (2006). *Guia Prático sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais da Saúde* – Prefeitura da Cidade de São Paulo. Editora: Secretaria de Participação e Parceria – SP. Recuperado em 21 de fevereiro, 2013 de [http://media.wix.com/ugd/7ba6db\\_5113d606c81b42e287b96d78b6833e49.pdf](http://media.wix.com/ugd/7ba6db_5113d606c81b42e287b96d78b6833e49.pdf)
  - Meneses, M.P.R. & Sarriera, J.C. (2005, janeiro/junho). Redes sociais na investigação psicossocial. *Aletheia*, (21): 53-67. Recuperado em 27 de janeiro, 2013 de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942005000100006&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942005000100006&script=sci_arttext)
  - Meyer, D. E. E.; Mello, D. F. de; Valadão, M. M. & Ayres, J. R. de C. M. (2006/junho). “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(6): 1335-1342. Recuperado em 24 de março, 2013 de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942005000100006&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942005000100006&script=sci_arttext)
  - Mishra, V.; Arnold, F.; Otieno, F.; Cross, A. & Hong, R. (2007). Education and nutrition status of orphans and children of HIV infected parents in Kenya. *AIDS Educ Prev*; 9(5): 383-95. Recuperado em 10 de março, 2013 de <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/WP24/WP24.pdf>
  - Minayo, M. C. de S. (2006). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (9ª ed.). Hucitec.
  - Ministério da Saúde (2003). *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Série B. Textos Básicos de Saúde*.

- Brasília – DF. Recuperado em 27 de janeiro, 2010 de [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03\\_0277\\_%20M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0277_%20M.pdf)
- Ministério da Saúde (2004a). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Ministério das Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Recuperado em 19 de setembro, 2013 de [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)
  - Ministério da Saúde (2004b). Aumenta número de infectados pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis, segundo relatório- 23/11/2004. Recuperado em 25 de abril, 2010 de <http://www.aids.gov.br>
  - Ministério da Saúde (2008, dezembro). *Boletim Epidemiológico Aids e DST*. Ano V, nº 01. Acessado em 24 de abril, 2010 de <http://www.aids.gov.br>
  - Moraes, M. (2008, janeiro/fevereiro). O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1): 121-133. Recuperado em 01 de fevereiro, 2010 de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017)
  - Moré, C. L. O. O. (2005). As redes sociais significativas como instrumentos de intervenção psicológica no contexto comunitário. *Paidéia*, Ribeirão Preto, 15 (31), 267-297.
  - Moré, C. L. O. O. & Crepaldi, M. A. (2004). O campo de pesquisa: interfaces entre a observação, interação e o surgimento dos dados. *Conferência Internacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa* (p.588-593). 1.º Taubaté, São Paulo.
  - Moretti-Pires, R. O. (outubro/dezembro, 2009) A pertinência da problemática do álcool para a Estratégia de Saúde da Família. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(2). Recuperado em 25 de fevereiro, 2010, de [http://www.cbsm.org.br/v1n2/artigos/resumo\\_artigo7.htm](http://www.cbsm.org.br/v1n2/artigos/resumo_artigo7.htm)
  - Nunes, L. M. & Jóllunskin, G. (2007). O Uso de Drogas: Breve Análise Histórica e Social. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa*, (4): 230-237. Recuperado em 21 de fevereiro, 2013 de <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/449/1/230-237FCHS04-15.pdf>
  - Oliveira, L. A.; Silva, N. E. K. e; Costa, J. A. da; Blessa, C. R. B.; Paiva, V.; Ayres, J. R. & França, I., Jr. (2006). Da Invisibilidade ao Conflito de Direitos: Desafios para os Serviços de Saúde no Cuidado de Órfãos por Aids. *VI Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e AIDS 2006 – Desafios da Prevenção e da Assistência no SUS*. Belo Horizonte, 04 a 07 de novembro. Recuperado em 7 de outubro, 2013, de <http://sistemas.aids.gov.br/congressoprev2006/Html/resumo610.html>
  - Onuoha, F.N. & Munakata, T. (2010). Inverse association of natural mentoring relationship with distress mental health in children orphaned by aids. *BMC Psychiatry*; 10(6): 2-8. Recuperado em 06 de maio, 2013 de <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/6/>
  - Orth, A. P. Da Silva (2005). *A dependência química e o funcionamento familiar à luz do pensamento sistêmico*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.
  - Paiva, V. S. F. (2006). Analisando cenas e sexualidades: a promoção de saúde na perspectiva dos direitos humanos. In: C. Cáceres (Ed.) *Sexualidad, stigma y derechos humanos. Desafios para El acceso a la salud em América Latina*. (pp. 23-51). Universidad Peruana Cayetano Heredia.

- Paiva, V. S. F.(2009). Prevenção positHIVa: a abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade. In: J.C. Raxach; I. Maksud; C. Pimenta & V. Jr Terto (Eds.) *Prevenção Posithiva: estado da Arte*.(pp.33-47) ABIA.
- Paiva, V. S. F. (2013). Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? Inovações do campo no contexto da resposta brasileira à AIDS. *Temas psicologia* [online]. 21 (3): 531-549. Recuperado em 20 de janeiro, 2013 de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2013000300002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300002&lng=pt&nrm=iso)
- Paiva, V. ; Garcia, J. ; Santos, A. de O.; Munoz-Laboy, M. (2010) . Religious communities and HIV prevention: an intervention-study using human rights based approach. *Global Public Health*, (5): 280-294. Retrieved december 02, 2012 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3288893/pdf/nihms317856.pdf>
- Parsons, J. T., Rosof, E. & Mustanski, B. (2007, march). Patient-related Factors Predicting HIV Medication Adherence Among Men and Women with Alcohol Problems. *J. Health Psychology*, 12(2): 357-370. Retrieved october 7, 2013, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1855241/pdf/nihms19442.pdf>
- Pinsky, I.; Sanches, M.; Zaleski, M.; Laranjeira, R. & Caetano, R. (2010, september). Patterns of alcohol use among Brazilian adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 32 (3): 242-248. Retrieved july 05 de julho, 2013 from <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32n3/aop0710.pdf>
- Pinsky, I.; Jundi, S. E., Sanches, M., Zaleski, M.; Laranjeira, R. & Caetano, R. (2009) Exposure of adolescents and young adults to alcohol advertising in Brazil. *Journal of Public Affairs* (9): 1–8. Retrieved july 07, 2013, from [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)
- Pinsky, I. (Ed.) (2009). Publicidade de bebidas alcoólicas e os jovens. *Câmara Brasileira do Livro - São Paulo*. Recuperado em 11 de março, 2013 de [www.uniad.org.br](http://www.uniad.org.br)
- Pupulin, Á.R.T., Bertolini, D.A.; Waldrinez, M., Shimauti, E., Spack Junio, M.; Motta, D.D. & Araujo, S.M. (2007). Influência do apoio psicossocial para pacientes com infecção pelo vírus HIV. *Revista Panamericana de Infectologia*, 9(1): 9-14.
- Ramos, M. P. (2002, janeiro/junho). Apoio Social e Saúde entre Idosos. *Sociologias*, Porto Alegre, 4 (7): 156-175. Recuperado em 12 de junho, 2013 de <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf>
- Reis, D. A., Figlie, N. B. & Laranjeira, R. (2006). Prevalence of substance use among trauma patients treated in a Brazilian emergency room. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 28(3):191-5. Retrived november, 29, 2010, from [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006000300009&script=sci_arttext)
- Rego, S. R. M.; Oliveira, C. F. A. de; Rego, M. de S.; Júnior, R. F. dos S. & Silva, V. B. da (2011). Estudo do autorrelato de adesão e uso problemático de álcool em uma população de indivíduos com AIDS em uso de HAART. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 60(1):46-49. Recuperado em 10 de outubro, 2013 de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n1/v60n1a09.pdf>
- Rego, S. R. M. & Rego, D. M. de S. (2010). Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 59(1). Rio de Janeiro. Recuperado em 7 de outubro, 2013, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000100011>
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII): 547-558.
- Rodrigues, V. B. & Madeira, M. (2009). Suporte Social e Saúde Mental: Revisão da Literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: Edições Universidade



- Fernando Pessoa. 6: 390-399. Recuperado em 07 de maio, 2011 de <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/soCIALf.htm>
- Rosa, T.E.C., Benício, M.H.D.A., Alves, M.C.G.P. & Lebrão, M.L. (2007) Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do município de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 23 (12): 2982-2992. Recuperado em 05 de agosto, 2012 de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001200019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001200019&script=sci_arttext)
  - Santos, E.C.M.; França, I., Jr. & Lopes, F. (2007). Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 41(Supl.2):64-71. Recuperado em 27 de fevereiro de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000900011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000900011)
  - Sánchez, A. I. M. & Bertolozzi, M. R. (2007, janeiro/março) Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2): 319-324. Recuperado em 17 de julho, 2008, de <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a07v12n2.pdf>
  - Sartre, J.P. (1987) *Os Pensadores*. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural
  - Schenker, M. & Minayo, M. C. de S. (2004). A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(3): 649-659. Recuperado em 30 de março, 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/02.pdf>
  - Seidl, E. M. & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/Aids. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 22(3): 317-326. Recuperado em 04 de abril, 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n3/08.pdf>
  - Segatto, M. L., Souza e Silva, R. de; Laranjeira, R. & Pinsky (2008). O impacto do uso de álcool em pacientes admitidos em um pronto-socorro geral universitário. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 35(4):138-43. Recuperado em 23 de abril 2010, de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/n4/138.htm>
  - Silveira, C.; Doneda, D.; Gandolfi, D.; Hoffmann, M. C.; Macedo, P.; Delgado, P. G.; Benevides, R. & Moreira, S. (2003). Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 52(5): 329-396 Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB. Recuperado em 14 de fevereiro, 2010 de [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br)
  - Silverman, D. (2009). Etnografia e Observação. In: Silverman, D. (Ed.). *Interpretação de Dados Qualitativos: Métodos para Análise de Entrevistas, Textos e Interações* (pp. 69-106) Artmed.
  - Singh, N.; Berman, S. M.; Swindells, S.; Justis, J. C.; Mohr, J. A.; Squier, C. & Wagener, M. M. (1999). Adherence of Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients to Antiretroviral Therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 29: 824-30. Recuperado em 09 de setembro, 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
  - Siqueira, A. C.; Betts, M. K. & Dell’Aglia, D. D. (2006). A Rede de Apoio Social e Afetivo de Adolescentes Institucionalizados no Sul do Brasil. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology*, 40(2): pp. 149-158. Recuperado em 20 de abril, 2013 de <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04017.pdf>
  - Sluzki, C.E. (2000). Social network and the elderly: conceptual and clinical issues, and a family consultation. *Family Process*, 39 (3), 271-306. Recuperado em 22 de julho, 2010 de [file:///C:/Documents%20and%20Settings/ANA/Meus%20documentos/Downloads/sluzki\\_2000\\_networks\\_and\\_the\\_elderly\\_pt.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/ANA/Meus%20documentos/Downloads/sluzki_2000_networks_and_the_elderly_pt.pdf)

- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica*. Tradução: Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, J. de; Kantorski, L. P. & Mielke, F. B. (2006). Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 2(1), artigo 02. Recuperado em 04 de março 2010, de <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>
- Troncoso, M.; Alvarez, C. & Sepúlveda, R. (1996). Redes sociales, salud mental y esquizofrenia. Uma Revision del tema. *Revista de Psiquiatria (Chile)*, 12(2):67-73. Recuperado em 07 de abril, 2013 de [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br)
- Tshweneagae, G. T.; Wright, S. D. & Hoffmann, W. A. (2010). Mental health challenges of the lived experiences of adolescents orphaned by HIV and Aids in South Africa. *Journal of Aids and HIV*; 21(1): 8-16.
- Uchino, B. N. (2006). Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4). Recuperado em 18 de abril, 2013 de <http://link.springer.com/article/10.1007/s10865-006-9056-5#page-1>
- UNAIDS, UNICEF & USAID (2004). Children on the Brink 2004: A joint report on orphan estimates and a framework for action. New York: UNICEF. Retrieved february 22, 2013 from [http://www.unicef.org/publications/index\\_22212.html](http://www.unicef.org/publications/index_22212.html)
- UNAIDS (2004). Report on the global aids epidemic. Focus aids and orphans: a tragedy unfolding. Bangkok, 2004. Retrieved February 22, 2013 from [www.unaids.org](http://www.unaids.org).
- UNAIDS Report on the Global Aids Epidemic 2012 (2012). Retrieved march 03, 2013 from [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120\\_UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2012\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf)
- World Health Organization – WHO (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Artmed.
- World Health Organization – WHO (1999). Global Status Report on Alcohol. Retrieved march 12, 2013, from <http://www.who.int/en>
- World Health Organization - WHO (2011). Global Status Report on Alcohol and Health. Retrieved march 12, 2013, from <http://www.who.int/en>
- Yaro, Y. & Dougnon, D. (2003). L'impact du sida sur l'offre et la demande scolaires en Afrique subsaharienne. Centre français pour la population et le développement (CEPED), Ministère français des Affaires Etrangères, Paris. Retrieved july 02 julho, 2010, from [http://www.ceped.org/cdrom/orphelins\\_sida\\_2006/pdf/impact\\_vihsida\\_offre-demande\\_scolaires.pdf](http://www.ceped.org/cdrom/orphelins_sida_2006/pdf/impact_vihsida_offre-demande_scolaires.pdf)
- Zucchi, E.; Barros, C. R. dos S.; Paiva, V. S. F. & França, I., Jr. (2010) Estigma e discriminação vividos na escola por crianças e jovens órfãos por Aids. *Educação e Pesquisa*, Brasil, 36 (3): 719-734. Recuperado em 20 de outubro, 2013 de <http://www.revistas.usp.br/ep/article/view/28258>

# **ANEXO 1**

---

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**SERVIÇO DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G  
CEP 05508-030 - Cidade Universitária.  
Tel.: (011) 3091- 4184

---

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Projeto de Pesquisa:** Uso de Álcool e Outras Drogas entre Jovens Órfãos cujos Pais Morreram de Aids na Cidade de São Paulo.

**Pesquisador Responsável:** Ana Cláudia Wendt dos Santos

Esta pesquisa tem como objetivo compreender o contexto de vida e o uso de álcool e outras substâncias psicoativas de jovens (entre 15 e 24 anos) cujos pais (um ou ambos) morreram de Aids na cidade de São Paulo. Os participantes escolhidos para o estudo são jovens de 15 a 24 anos dos domicílios visitados na pesquisa “Estigma e Discriminação Relacionados ao HIV/AIDS: Impactos da Epidemia em Crianças e Jovens na Cidade de São Paulo” (FAPESP 03/10883-5), realizada nos anos 2005 e 2007.

Com base nos resultados, pretende-se contribuir para a melhoria das políticas de proteção dos direitos dos jovens e das famílias que tenham impactos na sua qualidade de vida.

Estou ciente que:

**a)** A coleta de informações será feita mediante participação em uma entrevista privada. As entrevistas individuais durarão de cerca de 60 minutos.

**b)** Como eu, outros jovens de 15 a 24 anos serão entrevistados diretamente somente se concordarem, depois de respondidas todas as suas dúvidas, e seu responsável (caso seja menor de 18 anos) concordar.

**c)** a participação neste estudo é voluntária, e a recusa não implicará em nenhum prejuízo. Poderei interromper a participação em qualquer momento da pesquisa, mesmo após terminadas as entrevistas.

**d)** Esta pesquisa garantirá a confidencialidade e ninguém – eu ou outra pessoa de minha família – será identificado, garantindo o **anonimato**. Todos os materiais relativos a você (termo de consentimento, questionários e bancos de dados) serão mantidos em armários

trancados à chave no escritório da coordenação da pesquisa. Garantimos que todas as informações sobre as famílias e os jovens serão mantidas sob sigilo.

e) Será vedado o conhecimento das informações pessoais pelos entrevistadores, transcritores, e outros assistentes de pesquisa.

f) As informações dadas por você serão utilizadas somente para os propósitos da pesquisa. Você terá liberdade para ver os seus dados e também os resultados da pesquisa.

Colocamo-nos à disposição para esclarecer, a qualquer momento, as dúvidas relacionadas aos objetivos, à metodologia e outros aspectos da pesquisa.

**Dessa forma, livre e devidamente esclarecido(a), aceito participar da pesquisa acima referida.**

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Nome do entrevistado

---

Assinatura do entrevistado

Dados para contato com o pesquisador:

**Ana Cláudia Wendt dos Santos**  
Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco A  
Cidade Universitária – São Paulo, SP  
Tel.: (011) 3091-4362  
E-mail: acls@ig.com.br

**Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP**  
Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G, sala 22  
Cidade Universitária – São Paulo, SP  
Tel.: (11) 3097-0529

## **ANEXO 2**

Instituto de Psicologia - USP

### Uso de Álcool e Outras Drogas entre Jovens Órfãos cujos Pais Morreram de Aids na Cidade de São Paulo

QUESTIONÁRIO COM JOVENS (15-24 anos) (Questões derivadas do protocolo de pesquisa "Estigma e Discriminação Relacionados ao HIV/AIDS: Impactos da Epidemia em Crianças e Jovens na Cidade de São Paulo")

#### I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1.	Número do questionário:	1. _____
2.	Entrevistador (a):	2. _____
3.	Data da entrevista: __/__/__	3. __/__/__
4.	Identificação do jovem: _____ (SOMENTE O PRIMEIRO NOME)	4. _____
4a.	Identificação do responsável pelo jovem: _____ (SOMENTE O PRIMEIRO NOME)	4a. _____
5.	Identificação da pessoa falecida: _____ (CASO ÍNDICE) (NOME COMPLETO)	5. _____

6. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

7. Data de nascimento: / / (dd/mm/aa)

(SE NÃO SOUBER, ANOTAR A IDADE NO MOMENTO DA ENTREVISTA)

Idade meses/anos

8. Local do nascimento: (cidade e estado)

9. Qual a cor de sua pele? (Auto definida)

1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena

10. Qual é o seu estado marital?

1. Solteiro/a ( )

2. Casado/a ( )

3. União consensual/mora junto ( )

4. Viúvo/a ( )

5. Separado/divorçado/a ( )

11. Atualmente, qual é sua religião?

- 1. Evangélica histórica ( )
- 2. Evangélica pentecostal ( )
- 3 Umbanda ( )
- 4. Candomblé ( )
- 5. Espírita Kardecista ( )
- 6. Católica ( )
- 7. Judaica ( )
- 8. Acredita em Deus, sem religião ( )
- 9. Ateu, não crê em Deus/Agnóstico ( )
- 10. Nenhuma ( )
- 11. Outra. Qual? ( ) (especificar)

12. Você freqüenta, mesmo que de vez em quando, atos religiosos?

- 1. Sim
- 2. Não

12.1 Se sim, quais?

- A) Evangélica histórica ( )
- B) Evangélica pentecostal ( )
- C) Umbanda ( )
- D) Candomblé ( )
- E) Espírita Kardecista ( )
- F) Católica ( )
- G) Judaica ( )
- H) Outra. Qual? \_\_\_\_\_ ( ) (especificar)

13. Atualmente qual é a sua ocupação/trabalho?

- 1. Trabalho regular ( )
- 2. Trabalho regular e estudo ( )
- 3. Trabalho bico ( )
- 4. Trabalho bico e estuda ( )
- 5. Afastado por benefício ( )
- 6. Aposentado ( )
- 7. Procurando emprego ( )
- 7. Procurando emprego ( )
- 8. Não trabalha ( )
- 9. Dona de casa ( )
- 10. Estuda ( )
- 8. Não sabe ( )
- 9. Recusou-se a responder ( )

14. Há quanto tempo está no trabalho atual? (aproximadamente em anos)



15. Quanto você ganha por mês? R\$ (Anotar em reais)

9. Recusou-se a responder

16. No último mês, quanto somou a renda familiar para manter a casa, incluindo você?

Renda familiar R\$ (Anotar em reais)

9. Recusou-se a responder

17. Quantas pessoas vivem com esta renda? pessoas (COLOCAR O N. DE PESSOAS)

(Incluir crianças, idosos, adultos que não trabalham e outras pessoas que não moram na casa, MAS que são sustentados com este dinheiro)

8. Não sabe 9. Recusou-se a responder

18. Você ou alguém da sua casa recebe algum benefício (público ou particular)? (É possível assinalar mais de uma opção. Se houver outros benefícios, anotar com as palavras do entrevistado(a)).

A) Cesta básica ( )

B) Roupas ( )

C) Vale transporte ( )

D) Cartão alimentação ( )

E) Bolsa escola ( )

F) Bolsa alimentação ( )

G) Auxílio gás ( )

H) Renda mínima ( )

I) Leite ( )

J) Renda cidadã ( )

K) LOAS/Benefício de prestação contínua ( )

L) Isenção de tarifas em transportes ( )

M) Outros\_\_\_\_\_ ( )

N) Nenhum ( )

8. Não sabe ( )

9. Recusou-se a responder ( )

19. Que tipo de apoio você gostaria de receber para melhorar a sua qualidade de vida?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

8. Não sabe

9. Recusou-se a responder

20. Quem mora atualmente com você? (MARCAR TODAS AS RESPOSTAS)

- A) Mãe ( )
- B) Pai ( )
- C) Filhos ( )
- D) Irmã ( )
- E) Irmão ( )
- F) Tios paternos ( )
- G) Tios maternos ( )
- H) Avó paterna ( )
- I) Avó materna ( )
- J) Avô paterno ( )
- L) Avô materno ( )
- M) Família substituta ( )
- N) Primos ( )
- O) Amigos da família ( )
- P) Outros adultos não parentes consangüíneos ( )
- Q) Instituição (casa de apoio, abrigo e orfanato) ( )
- R) Vizinhos ( )
- S) Sozinho ( )
- T) Cuidador/a ( )
- U) Esposa / esposo ( )
- V) Outros. ( ) (especificar)

21. Por que você mora com estas pessoas neste domicílio?

- A) Porque eu quis ( )
- B) Porque eles quiseram ( )
- C) Porque é da minha família, meu sangue ( )
- E) Chefe da família ( )
- F) Dificuldades socioeconômicas, de quem? ( )
- G) Perda do poder familiar ( )
- H) Necessidades de saúde, de quem? ( )
- I) Outra ( ) (especificar)

22. Qual a sua situação jurídica? (NÃO SE APLICA PARA MAIORES DE 18 ANOS)

1. Guarda    2. Tutela    3. Adoção    4. Outra (especificar)

23. Quem é o seu/sua responsável legal? (NÃO SE APLICA PARA MAIORES DE 18 ANOS)

- 1. Irmã ( )
- 2. Irmão ( )
- 3. Tios maternos ( )
- 4. Tios paternos ( )
- 5. Avó materna ( )
- 6. Avó paterna ( )
- 7. Avô materno ( )
- 8. Avô paterno ( )
- 9. Família substituta ( )

- 10. Primos (as) ( )
- 11. Amigos da família ( )
- 12. Vizinhos ( )
- 13. Outros adultos ( )
- 14. Instituição ( )
- 15. Ninguém (vive sozinho) ( )
- 16. Outro. Quem? ( ) (especificar)

24. Quem é o seu/sua principal cuidador/a?

- 1. Mãe ( )
- 2. Pai ( )
- 3. Irmã ( )
- 4. Irmão ( )
- 5. Tios maternos ( )
- 6. Tios paternos ( )
- 7. Avó materna ( )
- 8. Avó paterna ( )
- 9. Avô materno ( )
- 10. Avô paterno ( )
- 11. Família substituta ( )
- 12. Primos (as) ( )
- 13. Amigos da família ( )
- 14. Vizinhos ( )
- 15. Outros adultos não parentes consanguíneos ( )
- 16. Instituição ( )
- 17. Ninguém ( )
- 18. Outros. Quem? ( ) (especificar)

25. Há quanto tempo você está sob o cuidado de \_\_\_\_\_ ? meses/anos (nome do cuidador)

26. Quem decidiu que você ficaria sob o cuidado de \_\_\_\_\_ ? (nome do cuidador)

- A) Você mesmo ( )
- B) Ele (a) mesmo ( )
- C) Pai ( )
- D) Mãe ( )
- E) Irmão ( )
- F) Irmã ( )
- G) Tios paternos ( )
- H) Tios maternos ( )
- I) Avó materna ( )
- J) Avó paterna ( )
- K) Avô materno ( )
- L) Avô paterno ( )
- M) Outro. Quem? ( ) (especificar)

27. Você morou ou ficou sob cuidado de outra pessoa?

1.Sim 2.Não

28. Se sim, preencha o quadro abaixo: (Registrar todo o tempo de vida do jovem)

a.	a1	a2	a3
Nome	Sexo	Parentesco	Até que idade ficou

b.	b1	b2	b3
Nome	Sexo	Parentesco	Até que idade ficou

c.	c1	c2	c3
Nome	Sexo	Parentesco	Até que idade ficou

d.	d1	d2	d3
Nome	Sexo	Parentesco	Até que idade ficou

e.	e1	e2	e3
Nome	Sexo	Parentesco	Até que idade ficou

f.	f1	f2	f3
Nome	Sexo	Parentesco	Até que idade ficou

g.	g1	g2	g3
----	----	----	----

9. Recusou-se a responder. 10. Ninguém

29. Me conte dois momentos bons desse período?

30. Me conte dois momentos ruins?

31. Quem ficou com você logo após a morte do \_\_\_\_\_ ? (nome da pessoa falecida)

Nome

Grau de parentesco

32. Qual é o grau de relacionamento (parentesco) do seu cuidador com a pessoa falecida?

1. Cônjuge / Parceiro (a) ( )
2. Mãe ( )
3. Pai ( )
4. Irmã ( )
5. Irmão ( )
6. Tios maternos ( )
7. Tios paternos ( )
8. Sogra ( )
9. Sogro ( )
10. Família substituta ( )
11. Instituição ( )
12. Vizinhos ( )
13. Outro. Qual? ( ) (especificar)

33. Você sentiu diferença nos seguintes aspectos após a morte de seu pai/mãe?  
(LER TODAS AS OPÇÕES)

	1. melhorou diferença	2. piorou	3. não fez	
A) CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS	( )	( )	( )	
B) RELAÇÕES FAMILIARES E COM OS AMIGOS	( )	( )	( )	
C) MUDANÇA DE MORADIA	( )	( )	( )	
D) ESTADO EMOCIONAL/PSICOLÓGICO	( )	( )	( )	
E) OUTROS (especificar)	( )	( )	( )	

34. Pensando nas suas amizades, onde você fez seus/suas melhores amigos/amigas?

- A) Escola/Faculdade ( )
- B) Igreja ( )
- C) Família ( )
- D) Rua/vizinhança ( )
- E) Instituição (casa de apoio, abrigo, orfanato) ( )
- F) Associação/ONG ( )
- G) Trabalho ( )
- H) Clube ( )
- I) Área de esporte ( )
- J) Outros: ( ) (especificar)

35. Você participa/participou de alguma associação, entidade, grupo, clube, partido ou comunidade? 1. Sim 2. Não

35.1. Se sim, quais?

- A) Associação comunitária de moradores ou sociedade de amigos do bairro ( )
- B) Associação de defesa do consumidor ( )
- C) Partido político. Qual? . ( )
- D) Grupo de defesa do meio ambiente ou ecológico ( )
- E) Sindicato de trabalhadores ( )
- F) Associação profissional ( )
- G) Classes trabalhadoras ( )
- H) Entidade ou grupo ligado ao movimento negro ou contra o racismo ( )
- I) Associação ou entidade ligada ao movimento indígena ( )
- J) Organização de mulheres ou entidade ligada ao movimento feminista ( )
- K) Organização de homossexuais ou entidade ligada ao movimento GLBTT ( )
- L) Associação estudantil, grêmio, centro acadêmico ou união de estudantes ( )
- M) Clube ou associação esportiva, recreativa ou de lazer ( )
- N) Grupo ou associação de assistência social/caridade ( )
- O) Cooperativa de crédito, de produção, de serviço ou de consumo ( )
- P) Associação ou conselho ligado à educação ou à saúde ( )
- Q) Associação de sem-teto ou de movimento por moradia ( )
- R) Associação ou movimento de sem-terra ( )
- S) Entidade de portadores de deficiência física ou de necessidades especiais ( )
- T) Rádio comunitária ( )
- U) ONG (HIV/AIDS) ( )
- V) Grupo religioso ( )
- X) Outros (especificar) ( )

36. Você frequenta a escola?

1. Sim      2. Não

37.1. Se não, desde quando? (idade).

37.2 Se não, por quê? (ASSINALAR O PORQUÊ DE NÃO FREQUENTAR, INDICANDO QUEM TEVE O IMPEDIMENTO)

- A) Trabalho ( )
- B) É longe ( )
- C) É perigoso ( )
- D) Tem medo ( )
- E) Não gosta / perdeu o interesse ( )
- F) Cuidar familiares ( )
- G) Tem dificuldades ( )
- H) Concluiu os estudos ( )
- I) Outra. Qual? (especificar) ( )

38. Você tem ou teve alguma dificuldade para se matricular na escola?

1. Sim      2. Não

38.1 Se sim, qual?

- A) Falta de vagas ( )
- B) Preconceito ( )
- C) Dificuldade financeira ( )
- D) Outra: ( ) (especificar)

39. Qual a série que você está freqüentando agora ou a última que freqüentou?  
(série/grau)

40. Você tem ou teve alguma dificuldade na escola?

1. Sim      2. Não      9. Recusou-se a responder

41. Houve algum momento na vida em você faltou muito à escola?

1. Sim      2. Não

41.1. Por que você faltava muito à escola?

- A) Doença dos pais ( )
- B) Morte dos pais ( )
- C) Doença do jovem ( )
- D) Preconceito ( )
- E) Trabalho ( )
- F) Não gostava da escola ( )
- G) Outra: ( ) (especificar)

42. Você já repetiu o ano na escola?

1. Sim      2. Não

42.1. Se sim, quantas vezes?

Nº de reprovações:

43. Você abandonou a escola alguma vez?

1. Sim      2. Não

43.1 Se sim, por quê?

- A) Doença dos pais ( )
- B) Morte dos pais ( )
- C) Doença do jovem ( )
- D) Preconceito ( )
- E) Trabalho ( )
- F) Outra: ( ) (especificar)

44. Você acha que é/foi tratado com preconceito/discriminação na escola (atual/última)?

1. Sim      2. Não      8. Não sabe

44.1. Se sim, por quem?

- A) Colegas ( )
- B) Funcionário (s) ( )
- C) Professor (es) ( )
- D) Mãe/pai/cuidadores de outros alunos ( )
- E) Outros educadores ( )
- F) Outros ( ) (especificar)

44.2 Se sim, por quê?

- A) Condição econômica/pobreza ( )
- B) Preconceito racial ( )
- C) Desempenho escolar ( )
- D) Característica do corpo (obesidade, magreza, feio etc.) ( )
- E) Preconceito dirigido ao jovem (drogas, sexo, sorologia entre outras) ( )
- F) Preconceito dirigido aos familiares (drogas, sexo, sorologia entre outras) ( )
- G) Outro (especificar) ( )

45. Como foi a situação? (Cena) (ANOTAR O LOCAL DA ESCOLA/QUAL FOI O ATO/QUAL O SENTIMENTO DO ENTREVISTADO E DA PESSOA QUE COMETEU O ATO)

46. Você diria que o seu estado de saúde é: (LER TODAS AS OPÇÕES)

1. EXCELENTE    2. BOM    3. REGULAR    4. RUIM    5. MUITO RUIM

47. Você apresentou algum problema de saúde que necessitou de consultas médicas nos últimos 12 meses?

1. Sim      2. Não      8. Não sabe/não se lembra      9. Não quis responder

47 a. Se sim. Qual?

- A) Bronquite ( )
- B) Pneumonia ( )
- C) Diarréia ( )
- D) Febre ( )
- E) Infecção de ouvido ( )
- F) Gripe ( )
- G) Tuberculose ( )
- H) Outro (especificar) ( )



9. Recusou-se a responder ( )

48. Você foi internado (a) no hospital nos últimos 12 meses?

1. Sim (número de vezes) 2. Não

8. Não sabe/não se lembra

9. Não quis responder

48.1 Porque? \_\_\_\_\_

A) Bronquite ( )

B) Pneumonia ( )

C) Diarréia ( )

D) Febre ( )

E) Infecção de ouvido ( )

F) Gripe ( )

G) Outro (especificar) ( )

49. Você já fez o teste para o HIV (teste da AIDS) na vida?

1. Sim 2. Não 8. Não sabe 9. Recusou-se a responder.

50. O serviço onde você é atendido lhe oferece algum outro tipo de apoio além da assistência médica?

1. Sim 2. Não 8. Não sabe 9. Recusou-se a informar

50.1 Se sim, qual?

A) Dentista ( )

B) Psicólogo ( )

C) Terapia ocupacional ( )

D) Assistente Social ( )

E) Nutricionista ( )

F) Outros \_\_\_\_\_(especificar) ( )

51. Qual o tipo de serviço de saúde que você usualmente frequenta? (LER TODAS AS OPÇÕES)

1. S.U.S ( )

2. PARTICULAR ( )

3. CONVÊNIO ( )

4. OUTRO: \_\_\_\_\_(especificar) ( )

52. Você acha que é/foi tratado com preconceito/discriminação em algum serviço de saúde?

1. Sim                      2. Não                      8. Não sabe 9. Recusou-se a responder

52.1. Se sim, onde?

- A) UBS ( )
- B) Serviços especializados ( )
- C) Referência de encaminhamento ( )
- D) Hospitais públicos ( )
- E) Convênio ( )
- F) Outros (especificar) ( )

52.2 Se sim, por quem?

- 1. Usuários ( )
- 2. Profissionais de saúde (especificar) ( )
- 3. Funcionários da segurança / limpeza ( )
- 4. Outros (especificar) ( )

52.3 Se sim, por quê?

- A) Condição econômica/pobreza ( )
- B) Preconceito racial ( )
- C) Condições de saúde ( )
- D) Característica do corpo (obesidade, magreza, feio etc) ( )
- E) Preconceito dirigido ao jovem (drogas, sexo, sorologia etc)( )
- F) Preconceito dirigido aos familiares (drogas,sexo, sorologia entre outras)( )
- G) Outro ( ) (especificar)

53. Quais atividades de lazer costuma fazer?

- A) Assistir televisão ( )
- B) Jogar no computador/vídeo game/Internet ( )
- C) Ler revistas/gibi ( )
- D) Ler jornal ( )
- E) Tocar instrumentos ou cantar ( )
- F) Ouvir rádio ( )
- G) Falar no telefone ( )
- H) Encontrar amigos (as) ( )
- I) Namorar / ficar ( )
- J) Jogar futebol ( )
- K) Praticar algum esporte ( )
- L) Sair para comer ( )
- M) Lan House ( )
- N) Dançar/balada ( )
- O) Culinária ( )
- P) Biblioteca ( )
- Q) Grupo de dança/teatro/música ( )
- R) Bicicleta/patins/skate ( )
- S) Desenhar ( )
- T) Outros: (especificar) ( )

54. Com quem costuma realizar as atividades de lazer?

- A) Amigos (as) ( )
- B) Irmão/Irmã ( )
- C) Primo/Prima ( )
- D) Com adultos ( )
- E) Sozinho ( )
- F) Vizinhos ( )
- G) Namorado (a)/ficante ( )

55. Você acha que é/foi tratado com preconceito/discriminação em alguma atividade de lazer?

1. Sim      2. Não      8. Não sabe    9. Recusou-se a responder

55.1. Se sim, por quê?

- A) Condição econômica/pobreza ( )
- B) Preconceito racial ( )
- C) Condições de saúde ( )
- D) Característica do corpo (obesidade, magreza, feio etc) ( )
- E) Preconceito dirigido ao jovem (drogas, sexo, sorologia etc) ( )
- F) Preconceito dirigido aos familiares (drogas, sexo, sorologia entre outras) ( )
- G) Outros (especificar) ( )

56. O que você imagina que estará fazendo daqui a 5 anos? (RESPOSTA ESPONTÂNEA)

- A) Não conseguiu imaginar ( )
- B) Trabalhando ( )
- C) Estudando ( )
- D) Namorando ( )
- E) Casado(a) ( )
- F) Com Filhos ( )
- G) Com muitos amigos ( )
- H) Morando com o cuidador ( )
- I) Com saúde ( )
- J) Convivendo com preconceito ( )
- K) Outro \_\_\_\_\_ (especificar) ( )

57. Para você o que significa família?

58. Você pretende constituir família? Ter filhos?

## II- SITUAÇÃO EM RELAÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Agora neste bloco faremos algumas perguntas sobre o uso de álcool e outras drogas que podem ser um pouco desconfortáveis. Não estamos aqui para apontar atitudes certas ou erradas, apenas queremos conhecer essas informações que são importantes.

59. Você já tomou bebidas alcoólicas alguma vez na vida?

1. Sim      2. Não.      8. Não sabe/não lembra      9. Recusou-se a responder

60. Com que idade tomou pela primeira vez? Anotar idade \_\_\_\_\_ anos

8. Não sabe/não lembra      9. Recusou-se a responder

61. Onde usou bebida alcoólica pela primeira vez?

- 1. Na própria casa ( )
- 2. Na casa de amigos ( )
- 3. Na casa de parentes ( )
- 4. Em um bar ( )
- 5. Em uma festa ( )
- 6. No colégio ( )
- 7. No shopping ( )
- 8. Outros locais. Quais? \_\_\_\_\_ (especificar) ( )
- 9. Não sabe/não se lembra ( )
- 10. Não quis responder ( )

62. Das possibilidades que vou ler, quais os motivos que levaram você a usar bebida alcoólica ela primeira vez?

- A) POR ATRAÇÃO/DESEJO ( )
- B) PARA ACOMPANHAR OS AMIGOS ( )
- C) PORQUE OS PAIS/OUTROS PARENTES QUERIAM OU ESTIMULARAM ( )
- D) PORQUE QUERIA VIVER ESTA EXPERIENCIA NAQUELE MOMENTO ( )
- E) POR CURIOSIDADE, QUERIA SABER COMO ERA ( )
- F) PARA AGRADAR O(A) PARCEIRO(A) ( )
- G) PARA PERDER A VIRGINDADE ( )
- H) FOI FORÇADA(O) ( )
- I) OUTRO. QUAL? \_\_\_\_\_ ( )
- 8. Não sabe/não lembra ( )
- 9. Recusou-se a responder ( )

63. O que você sentiu quando usou bebida alcoólica pela primeira vez?

- A) Medo ( )
- B) Nervosismo ( )
- C) Dor ( )
- D) Arrependimento ( )

- E) Vergonha ( )  
 F) Prazer ( )  
 G) Excitação ( )  
 H) Outro. Qual? \_\_\_\_\_ (especificar) ( )  
 8. Não sabe/não lembra ( )  
 9. Recusou-se a responder ( )
64. Com que frequência você bebe? (LER TODAS AS OPÇÕES)
1. Todo mês, menos de 1 vez por semana ( )  
 2. 1 a 2 vezes por semana ( )  
 3. 3 a 4 vezes por semana ( )  
 4. mais do que 4 vezes por semana ( )  
 5. raramente ( )  
 6. não bebe mais ( )  
 7. experimentou apenas 1 vez ( )  
 8. não sabe ( )  
 9. recusou-se a responder ( )
65. Qual(is) tipo(s) de bebida(s) alcoólica(s) você consome?
- A) CERVEJA ( )  
 B) VODKA ( )  
 C) CONHAQUE ( )  
 D) VINHO ( )  
 E) CHOPE ( )  
 F) CACHAÇA ( )  
 G) LICOR ( )  
 H) OUTRAS. QUAIS? \_\_\_\_\_ ( )  
 9. Recusou-se a responder ( )
66. Onde você tem o hábito de consumir bebida alcoólica?
- A) Na própria casa ( )  
 B) Na escola ( )  
 C) No trabalho ( )  
 D) Casa de familiares ( )  
 E) Casa de amigos ( )  
 F) Casa de vizinhos ( )  
 G) Casa de namorado(a) ( )  
 H) Em um bar ( )  
 I) Outro \_\_\_\_\_ (especificar) ( )  
 9. Recusou-se a responder ( )
67. Com quem você tem o hábito de consumir bebida alcoólica?
- A) Sozinho ( )  
 B) Amigos/colegas ( )  
 C) Namorado(a) ( )  
 D) Cônjuge ( )

- E) Pai ( )  
 F) Mãe ( )  
 G) Irmão ( )  
 H) Irmã ( )  
 I) Tio/a ( )  
 J) Outros. \_\_\_\_\_ (especificar) ( )  
 9. Recusou-se a responder ( )
68. Onde você consegue bebida alcoólica?
- A) Em casa ( )  
 B) Na escola ( )  
 C) No serviço ( )  
 D) Na associação de bairro ( )  
 E) Em bares ( )  
 F) Em locais de diversão ( )  
 G) Outro. Qual? \_\_\_\_\_(especificar) ( )  
 9. Recusou-se a responder. ( )
69. Por que você usa bebida alcoólica?
- A) Por que é bom/gosta ( )  
 B) Para esquecer os problemas ( )  
 C) Para ficar mais calmo ( )  
 D) Para ficar mais alegre ( )  
 E) Para "curtir" mais a vida ( )  
 F) Outro. Qual? \_\_\_\_\_(especificar) ( )  
 8. Não sabe ( )  
 9. Recusou-se a responder ( )
70. Em algum período da sua vida, você passou a beber regularmente (mais do que 4 vezes por semana)?
- 1.sim      2. não      8. Não sabe/não se lembra      9. Recusou-se a responder
71. Quantos anos você tinha quando passou a beber regularmente pela primeira vez (mais do que 4 vezes por semana)? Anotar idade \_\_\_\_\_anos
8. Não sabe/não se lembra      9. Recusou-se a responder
72. Depois dessa fase em que você passou a beber regularmente (mais do que 4 vezes por semana), o que foi que aconteceu?
1. continuou a beber regularmente até hoje ( )  
 2. hoje só bebe com mederação, de vez em quando ( )  
 3. já parei e voltei a beber várias vezes ( )  
 8. Não sabe/não lembra ( )  
 9. recusou-se a responder ( )



79. O que ele(s) pensa(m) de você consumir bebida alcoólica?

1. Fica(m) preocupado(s) ( )
2. Acha(m) normal ( )
3. Não dão importância ( )
4. Outro. \_\_\_\_\_ ( ) (especificar)
8. Não sabe ( )
9. Recusou-se a responder ( )

80. Quando tem dúvida sobre o consumo de bebida alcoólica, com quem você conversa?

1. Mãe ( )
2. Pai ( )
3. Cuidadora ( )
4. Cuidador ( )
5. Irmã ( )
6. Irmão ( )
7. Outro parente ( )
8. Amigo ( )
9. Amiga ( )
10. Namorado/a ( )
11. Professor ( )
12. Profissional de saúde ( )
13. Ninguém ( )
14. Outro. Quem? \_\_\_\_\_ ( ) (especificar)
9. Recusou-se a responder ( )

81. A exceção de álcool e cigarro, você já usou algum tipo de droga?

1. Sim      2. Não      8. Não sabe/não se lembra      9. Recusou-se a responder

82. Qual a primeira droga que você usou? (ESPONTÂNEA)

- A) Maconha/Haxixe ( )
- B) Cocaína aspirada ( )
- C) Cocaína injetada ( )
- D) Crack ( )
- E) Cola de sapateiro ( )
- F) Cheirinho da loló/lança perfume ( )
- G) Heroína ( )
- H) LSD ( )
- I) Morfina/dolantina ( )
- J) Moderador de apetite, bolinha, arrebite ( )
- L) Calmantes, tranquilizantes ( )
- M) Ecstasy ( )
- N) Outra. \_\_\_\_\_ (especificar) ( )
8. Não sabe/não se lembra ( )



9. Recusou-se a responder ( )
83. Com que idade usou drogas pela primeira vez? Anotar idade \_\_\_\_\_ anos
8. Não sabe/não lembra 9. Recusou-se a responder
84. Onde ou como conseguiu drogas na primeira vez? (ESPONTÂNEA)
1. Ponto de venda ( )
2. Escola ( )
3. Flipperama ( )
4. Farmácia ( )
5. Amigos/conhecidos ( )
6. Local de trabalho ( )
7. Outro \_\_\_\_\_ (especifique) ( )
8. Não sabe/não lembra ( )
9. Recusou-se a responder ( )
85. Onde usou drogas pela primeira vez?
1. Na própria casa ( )
2. Na casa de amigos ( )
3. Na casa de parentes ( )
4. Em um bar ( )
5. Em uma festa ( )
6. No colégio ( )
7. No shopping ( )
8. Outros locais. Quais? \_\_\_\_\_ (especificar) ( )
8. Não sabe/não lembra ( )
9. Não quis responder ( )
86. Das possibilidades que vou ler, quais os motivos que levaram você a usar drogas pela primeira vez?
- A) POR ATRAÇÃO/DESEJO ( )
- B) PARA ACOMPANHAR OS AMIGOS ( )
- C) PORQUE OS PAIS/OUTROS PARENTES QUERIAM OU ESTIMULARAM ( )
- D) PORQUE QUERIA VIVER ESTA EXPERIENCIA NAQUELE MOMENTO ( )
- E) POR CURIOSIDADE, QUERIA SABER COMO ERA ( )
- F) PARA AGRADAR O(A) PARCEIRO(A) ( )
- G) PARA PERDER A VIRGINDADE ( )
- H) FOI FORÇADA(O) ( )
- I) OUTRO. QUAL? \_\_\_\_\_ ( )
8. Não sabe/não lembra ( )
9. Recusou-se a responder ( )
87. O que você sentiu quando usou drogas pela primeira vez?
- A) Medo ( )
- B) Nervosismo ( )

- C) Dor ( )  
 D) Arrependimento ( )  
 E) Vergonha ( )  
 F) Prazer ( )  
 G) Excitação ( )  
 H) Outro. Qual? \_\_\_\_\_ ( )  
 8. Não sabe/não lembra ( )  
 9. Recusou-se a responder ( )

88. Nos últimos doze meses, você utilizou algum tipo de droga (excluindo álcool e cigarro)? Se sim, quais?

- A) Maconha/Haxixe ( )  
 B) Cocaína aspirada ( )  
 C) Cocaína injetada ( )  
 D) Crack ( )  
 E) Cola de sapateiro ( )  
 F) Cheirinho da loló/lança perfume ( )  
 G) Heroína ( )  
 H) LSD ( )  
 I) Morfina/dolantina ( )  
 J) Moderador de apetite, bolinha, arrebite ( )  
 K) Calmantes, tranquilizantes ( )  
 L) Ecstasy ( )  
 M) Outra \_\_\_\_\_ ( )  
 N) Outra \_\_\_\_\_ ( )  
 O) Outra \_\_\_\_\_ ( )  
 8. Não sabe/não lembra ( )  
 9. Recusou-se a responder ( )

89. Com que frequência usa drogas? (LER TODAS AS OPÇÕES)

1. todo mês, menos de 1 vez por semana ( )  
 2. 1 a 2 vezes por semana ( )  
 3. 3 a 4 vezes por semana ( )  
 4. mais do que 4 vezes por semana ( )  
 5. raramente ( )  
 6. não usa mais drogas ( )  
 7. experimentou apenas 1 vez ( )  
 8. não sabe ( )  
 9. recusou-se a responder ( )

90. Quais tipos de drogas você consome atualmente?

- A) Maconha/Haxixe ( )  
 B) Cocaína aspirada ( )  
 C) Cocaína injetada ( )  
 D) Crack ( )  
 E) Cola de sapateiro ( )  
 F) Cheirinho da loló/lança perfume ( )

- G) Heroína ( )  
 H) LSD ( )  
 I) Morfina/dolantina ( )  
 J) Moderador de apetite, bolinha, arrebite ( )  
 K) Calmantes, tranquilizantes ( )  
 L) Ecstasy ( )  
 M) Outra \_\_\_\_\_ ( )  
 N) Outra \_\_\_\_\_ ( )  
 O) Outra \_\_\_\_\_ ( )  
 9. Recusou-se a responder ( )
91. Onde você tem o hábito de consumir drogas?
- A) Na própria casa ( )  
 B) Na escola ( )  
 C) No trabalho ( )  
 D) Casa de familiares ( )  
 E) Casa de amigos ( )  
 F) Casa de vizinhos ( )  
 G) Casa de namorado(a) ( )  
 H) Em bar/boate ( )  
 I) Outro \_\_\_\_\_ (especificar) ( )  
 9. Recusou-se a responder ( )
92. Com quem você tem o hábito de consumir drogas?
- A) Sozinho(a) ( )  
 B) Amigos/colegas ( )  
 C) Namorado(a) ( )  
 D) Cônjuge ( )  
 E) Pai ( )  
 F) Mãe ( )  
 G) Irmão ( )  
 H) Irmã ( )  
 I) Tio/a ( )  
 J) Outros. \_\_\_\_\_ (especificar) ( )  
 9. Recusou-se a responder ( )
93. Onde ou como consegue drogas atualmente? (ESPONTÂNEA)
1. Ponto de venda ( )  
 2. Escola ( )  
 3. Fliperama ( )  
 4. Farmácia ( )  
 5. Amigos/conhecidos ( )  
 6. Local de trabalho ( )  
 7. Outro \_\_\_\_\_ (especifique) ( )  
 9. Recusou-se a responder ( )

94. Por que você usa drogas?

- A) Por que é bom/gosta ( )
- B) Para esquecer os problemas ( )
- C) Para ficar mais calmo ( )
- D) Para ficar mais alegre ( )
- E) Para "curtir" mais a vida ( )
- F) Outro. Qual? \_\_\_\_\_(especificar) ( )
- 8. Não sabe ( )
- 9. Recusou-se a responder ( )

95. Em algum período da sua vida, você passou a usar drogas regularmente (mais do que 4 vezes por semana)?

1. sim      2. Não      8. Não sabe/não se lembra      9. Recusou-se a responder

96. Quantos anos você tinha quando passou a usar drogas regularmente pela primeira vez (mais do que 4 vezes por semana)? Anotar idade \_\_\_\_\_anos

8. Não sabe/não lembra      9. Recusou-se a responder

97. Depois dessa fase em que você passou a usar drogas regularmente (mais do que 4 vezes por semana), o que foi que aconteceu?

- 1. continuou a usar drogas regularmente até hoje ( )
- 2. hoje só usa drogas com moderação, de vez em quando ( )
- 3. já parei e voltei a usar drogas várias vezes ( )
- 8. Não sabe/não lembra ( )
- 9. recusou-se a responder ( )

98. Quantas vezes usa drogas por dia? Anotar quantidade\_\_\_\_\_

8. Não sabe      9. Recusou-se a responder

99. Você já deixou de usar preservativo por estar sob o efeito de drogas?

- 1. Sim ( )
- 2. Não ( )
- 3. Nunca usou preservativo ( )
- 4. Nunca teve relações sexuais ( )
- 8. Não sabe/não lembra ( )
- 9. Recusou-se responder ( )

100. Nestes últimos doze meses, você utilizou algum tipo de droga injetável?

1. Sim      2. Não      8. Não sabe/não lembra      9. Recusou-se a responder

101. Você já usou alguma outra substância injetável que não seja considerada uma droga ilegal? Quais?

- 1. Sim, anabolizantes (remédios para ficar forte, aumentar os músculos) ( )
  - 2. Sim, silicone (líquido) ( )
  - 3. Sim, silicone e anabolizantes ( )
  - 4. Não usou ( )
  - 8. Não sabe/não lembra ( )
  - 9. Recusou-se a responder ( )
- Mais alguma? \_\_\_\_\_

102. Quando injetou drogas (silicone/anabolizante), você utilizou a mesma agulha e/ou seringa com outra(s) pessoa(s)?

- 1. Sim      2. Não      8. Não sabe/não lembra      9. Recusou-se a responder

103. Você costuma usar drogas (que não o álcool) antes de fazer sexo?

- 1. Sim ( )
- 2. Às vezes ( )
- 3. Nunca teve relações sexuais ( )
- 4. Não ( )
- 9. Recusou-se a responder ( )

104. Você alguma vez já pensou em parar de usar drogas?

- 1. Sim      2. Não      8. Não sabe      9. Recusou-se a responder

105. Você conhece alguém que usa drogas?

- 1. Sim      2. Não      8. Não sabe/não lembra      9. Recusou-se a responder

106. Quem?

- A) Colegas de trabalho ( )
- B) Colegas de escola ( )
- C) Colegas de rua/vizinhos ( )
- D) Mãe ( )
- E) Pai ( )
- F) Cuidador/a ( )
- G) Irmão ( )
- H) Irmã ( )
- I) Tios maternos ( )
- J) Tios paternos ( )
- K) Primo(as) ( )
- L) Amigos da família ( )
- M) Outros. Quem? \_\_\_\_\_ ( )
- 8. Não sabe/não se lembra ( )
- 9. Recusou-se a responder ( )

107. Seus pais/cuidadores sabem que você já usou ou usa drogas?

1. Sim, eu contei à minha mãe/cuidadora ( )
2. Sim, minha mãe/cuidadora descobriu ( )
3. Sim, eu contei ao meu pai/cuidador ( )
4. Sim, meu pai/cuidador descobriu ( )
5. Não ( )
8. Não sabe ( )
9. Recusou-se a responder ( )

108. O que ele(s) pensa(m) de você consumir drogas?

1. Fica(m) preocupado(s) ( )
2. Acha(m) normal ( )
3. Não dão importância ( )
4. Outro. \_\_\_\_\_ (especificar) ( )
8. Não sabe ( )
9. Recusou-se a responder ( )

109. Quando tem dúvida sobre o consumo de drogas, com quem você conversa?

1. Mãe ( )
2. Pai ( )
3. Cuidadora ( )
4. Cuidador ( )
5. Irmã ( )
6. Irmão ( )
7. Outro parente ( )
8. Amigo ( )
9. Amiga ( )
10. Namorado/a ( )
11. Professor ( )
12. Profissional de saúde ( )
13. Ninguém ( )
14. Outro. Quem? \_\_\_\_\_ ( ) (especificar)
8. Não sabe ( )
9. Recusou-se a responder ( )

110. Você já frequentou ou frequenta algum serviço especializado no atendimento de usuários de álcool e outras drogas? (CASO SEJA USUÁRIO ABUSIVO OU TENHA SIDO USUÁRIO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS).

1. Sim      2. Não      9. Recusou-se a responder

111. Quem decidiu que você deveria procurar ajuda para lidar com o uso abusivo de álcool e outras drogas?

- A) Mãe ( )
- B) Pai ( )
- C) Irmão ( )
- D) Irmã ( )

- E) Tios maternos ( )
- F) Tios paternos ( )
- G) Avó materna ( )
- H) Avó paterna ( )
- I) Avô materno ( )
- J) Avô paterno ( )
- K) Família substituta ( )
- L) Primo (as) ( )
- M) Amigos da família ( )
- N) Outros adultos não parentes consangüíneos ( )
- O) Instituição ( )
- P) Eu mesmo ( )
- Q) Profissional de saúde ( )
- 8. Não sabe/não lembra ( )
- 9. Recusou-se a responder ( )

112. Por que foi decidido que você deveria procurar ajuda?

- A) Indicação médica ( )
- B) Indicação jurídica ( )
- C) Hospitalização ( )
- D) Sensação de que perdeu o controle do uso de álcool e outras drogas ( )
- E) Por ter cometido pequenos furtos para sustentar o vício ( )
- F) Por ter passado a usar drogas cada vez mais "pesadas" ( )
- G) Quer parar de usar álcool e outras drogas, mas não consegue sozinho(a) ( )
- H) Por problemas de saúde ( )
- I) Solicitação do emprego ( )
- J) Parceiro(a) solicitou ( )
- L) Outros. Quais? \_\_\_\_\_ ( ) (especificar)
- 8. Não sabe/não lembra ( )
- 9. Recusou-se a responder ( )

113. Com quem você estava ao procurar o serviço de referência no atendimento a usuários de álcool e outras drogas?

- A) Mãe ( )
- B) Pai ( )
- C) Irmão ( )
- D) Irmã ( )
- E) Avós maternos ( )
- F) Avós paternos ( )
- G) Tios maternos ( )
- H) Tios paternos ( )
- I) Primos ( )
- J) Namorado(a) ( )
- K) Cuidador atual ( )
- M) Sozinho ( )
- N) Outro. \_\_\_\_\_(especificar) ( )

8. Não lembra ( )  
 9. Recusou-se a responder ( )

114. Quando você chegou no serviço de referência, qual foi a atitude do profissional que lhe atendeu?

1. Preencheu formulários e não disse nada ( )  
 2. Conversou na mesma hora sobre o assunto ( )  
 3. Marcou uma consulta para conversar sobre o assunto ( )  
 4. Encaminhou diretamente para outros profissionais ( )  
 5. Orientou para que procurasse outros profissionais ( )  
 6. Outros. \_\_\_\_\_(especificar) ( )  
 8. Não lembra ( )  
 9. Recusou-se a responder ( )

115. Como você foi tratado(a) pelo serviço no momento em que você foi procurar ajuda?

- A) Com apoio e atenção ( )  
 B) Com indiferença ( )  
 C) Com discriminação ( )  
 D) Com crítica, tom de acusação ( )  
 E) Com apoio e dó ( )  
 F) Com crueldade ( )  
 G) Outro. \_\_\_\_\_ (especificar) ( )  
 8. Não lembra ( )  
 9. Recusou-se a responder ( )

116. Você conhece alguém que é ou já foi usuário abusivo de substâncias psicoativas?

1. Sim      2. Não      8. Não sabe      9. Recusou-se a responder

117. Quem você conhece?

- A) Eu mesmo(a) ( )  
 B) Familiares que moram na casa ( )  
 C) Familiares que não moram na casa ( )  
 D) Amigos ( )  
 E) Colegas de trabalho ( )  
 F) Colegas de escola ( )  
 G) Colegas de rua/vizinhos ( )  
 H) Outros. \_\_\_\_\_(especificar) ( )  
 9. Recusou-se a responder ( )

118. Essa pessoa procurou ajuda para lidar com o uso abusivo de álcool e outras drogas?

1. Sim      2. Não      8. Não sabe      9. Recusou-se a responder



## XI - CONHECIMENTO SOBRE DROGAS (LÍCITAS E ILÍCITAS)

119. Você já recebeu alguma informação sobre consumo de drogas?

1. Sim      2. Não      8. Não sabe      9. Recusou-se a responder

120. De quem recebeu as informações sobre consumo de drogas?

- A) Mãe ( )
- B) Pai ( )
- C) Cuidador(a) ( )
- E) Irmã ( )
- F) Irmão ( )
- G) Avó ( )
- H) Avô ( )
- I) Tio(a) ( )
- J) Primo(a) ( )
- K) Amigo(a) ( )
- M) Namora ( )
- N) Esposa/marido ( )
- P) Professor(a) ( )
- Q) Profissional de saúde (médico, enfermeiro, etc.) ( )
- R) Outro. Quem? \_\_\_\_\_(especificar) ( )
- 8. Não sabe/não lembra ( )
- 9. Recusou-se a responder ( )

121. Que idade você tinha quando recebeu pela primeira vez informações sobre uso de drogas? Anotar idade \_\_\_\_\_anos

8. Não sabe/não lembra      9. Recusou-se a responder

122. Onde você recebeu as informações sobre uso de drogas?

- A) Em casa ( )
- B) Na escola ( )
- C) No serviço ( )
- D) Na associação ( )
- E) Na igreja ( )
- F) Em locais de diversão ( )
- G) Na internet ( )
- H) Serviços de saúde ( )
- I) Outro. Qual? \_\_\_\_\_(especificar) ( )
- 8. Não sabe/não lembra ( )
- 9. Recusou-se a responder ( )

123. Através de que meio você recebeu informações sobre drogas?

- A) Televisão ( )
- B) Rádio ( )
- C) Livros ( )

- D) Revistas ( )
- E) Palestras ( )
- F) Conversa (com pais, amigos, etc.) ( )
- G) Outros. Quais? \_\_\_\_\_(especificar) ( )
- 8. Não sabe/não lembra ( )
- 9. Recusou-se a responder ( )

124. Você gostaria de receber mais informações sobre drogas?

1. Sim      2. Não      8. Não sabe      9. Recusou-se a responder

125. De quem você gostaria de receber informações ou mais informações sobre drogas?

- A) Mãe ( )
- B) Pai ( )
- C) Irmã ( )
- D) Irmão ( )
- E) Cuidadora ( )
- F) Cuidador ( )
- G) Amiga ( )
- H) Amigo ( )
- I) Namorado(a) ( )
- K) Professor(a) ( )
- L) Profissional de saúde ( )
- M) Pastor/padre ( )
- N) Marido/esposa ( )
- Q) Outro. Quem? \_\_\_\_\_( ) (especificar)
- 8. Não sabe ( )
- 9. Recusou-se a responder ( )

126. Onde você gostaria de receber informações ou mais informações sobre uso de drogas?

- A) Em casa ( )
- B) Na escola ( )
- C) No serviço ( )
- D) Na associação ( )
- E) Na igreja ( )
- F) Em locais de diversão ( )
- G) Na internet ( )
- H) Serviços de saúde ( )
- I) Outro. Qual? \_\_\_\_\_ ( ) (especificar)
- 8. Não sabe ( )
- 9. Recusou-se a responder ( )

127. Pelo que você sabe ou ouviu falar, usar drogas:

- 1. Não gera risco algum à saúde de quem usa ( )
- 2. Cria dependência imediata em quem consome ( )

- 3. Não traz prejuízos, se usada moderadamente ( )
- 4. Causa diversos problemas de saúde ( )
- 5. Dependendo da quantidade usada, pode trazer alguns benefícios ( )
- 8. Não sabe ( )
- 9. Recusou-se responder ( )

128. (CASO USE DROGAS) Depois que você passou a usar álcool e/ou outras drogas, seu conhecimento sobre substâncias psicoativas mudaram?

1. Sim      2. Não      8. Não sabe      9. Recusou-se a responder

Se sim, como? \_\_\_\_\_

129. Como você acha que sua família contribuiu (influenciou) para o uso/não uso de bebida alcoólica e outras drogas?

#### **Finalização de entrevista**

- Como foi para você ter participado desta entrevista?
- Você gostaria de dizer mais alguma coisa?
- Agradecimento.

## **ANEXO 3**

**Universidade de São Paulo**  
**Instituto de Psicologia – Programa de Pós-Graduação em Psicologia**  
**Psicologia Social – Doutorado**

**Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada**

**1. Rede de suporte social do entrevistado(a) (MAPA DE REDES):**

**1.1 Com relação à rede familiar**

- Como é a atitude de seus familiares diante do seu uso prejudicial de álcool e outras drogas?
- A partir do que eles fazem, qual é sua reação a respeito, ou seja, que sentimentos e comportamentos expressa/experimenta?
- O que leva você a usar abusivamente de álcool e/ou outras drogas?
- Existe algo que seus familiares fazem ou deixam de fazer que o faz não consumir de forma prejudicial bebida alcoólica e/ou outras drogas? O que eles fazem ou deixam de fazer, nesse sentido?
- Existe algo que seus familiares poderiam fazer para ajudá-lo a não consumir abusivamente de álcool e/ou outras drogas? O que eles poderiam fazer?
- Existe algo que seus familiares fazem ou deixam de fazer que o leva a consumir de modo prejudicial bebida alcoólica e/ou outras drogas? O que eles fazem ou deixam de fazer, nesse sentido?
- Houve alguma mudança nas suas relações familiares após você ter passado a usar abusivamente de álcool e/ou outras drogas? Qual?
- Alguém da sua família se afastou de você em função disso? Você sabe, ou supõe o porquê? Como está essa relação atualmente?
- Quem ou quais pessoas de sua família mais lhe apóia(m) na vida? Em que lugar do Mapa de Redes você colocaria essa(s) pessoa(s)? Como está essa relação atualmente?

**1.2 Com relação à rede de amigos; da comunidade; do trabalho e/ou estudo.**

- Com que pessoa você pôde contar para conversar, buscar apoio e conselhos? Isso ocorre até hoje? Em que lugar do Mapa de Redes você colocaria essa(s) pessoa(s)?
- Algum conhecido acabou se afastando de você por consumir abusivamente álcool e/ou outras drogas? Você sabe, ou supõe o por quê?
- Você pode contar com mais alguém atualmente? Quem? Em que lugar do Mapa de Redes você colocaria essa(s) pessoa(s)? Por quê?

- De modo geral, qual é a pessoa ou grupo de pessoas com quem você pode contar hoje em sua vida?
- O que faz atualmente para sentir-se melhor e lidar com o uso abusivo de álcool e outras drogas?

**2. Finalização de entrevista:**

- Como foi para você ter participado desta entrevista?
- Você gostaria de dizer mais alguma coisa?
- Você quer receber de volta o Mapa de Redes? Gostaria que o Mapa de Redes fosse mostrado para alguém da sua rede?