

UNICESUMAR - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO

STEFANY HUIDA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
CLÍNICA DE REABILITAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS

MARINGÁ
2019

STEFANY HUIDA

CLÍNICA DE REABILITAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS

Artigo apresentado ao curso de Arquitetura e Urbanismo da UniCesumar – Centro Universitário de Maringá como requisito parcial à obtenção de título de Bacharel (a) em Arquitetura e Urbanismo, sob Orientação da Prof^a. Me. Norma Eliane Jung.

MARINGÁ - PR

2019

STEFANY HUIDA

CLÍNICA DE REABILITAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS

Artigo apresentado ao curso de Arquitetura e Urbanismo da UniCesumar – Centro Universitário de Maringá como requisito parcial à obtenção de título de Bacharel (a) em Arquitetura e Urbanismo, sob Orientação da Profª. Me. Norma Eliane Jung.

Aprovado em ____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA:

_____	-	_____
Examinador 1		Nota
_____	-	_____
Examinador 2		Nota
_____	-	_____
Examinador 3		Nota

CLÍNICA DE REABILITAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS

Stefany Huida

RESUMO

Na atualidade, o índice de usuários de drogas é amplo, o uso abusivo dessas substâncias é considerado um sério problema social e público. Essa pesquisa tem como objetivo, o levantamento de informações por meio de bibliografias, dados online e pesquisa de campo, sobre os fatores externos e internos que podem influenciar o uso de substâncias ilícitas em meios sociais, econômicos, educativos, saúde e familiares que podem criar barreiras ou oportunidades na vida de cada um e também como funcionam as clínicas que oferecem serviços aos dependentes e quais serviços elas prestam. O consumo de drogas comumente se inicia na infância, porém sua obtenção é favorecida pelo fácil acesso em escolas, festas, universidades entre outros, que podem tornar o indivíduo dependente e, até mesmo, levar a fatalidade. De acordo com evidências atuais recolhidas pela ONU no ano de 2016, o mercado consumidor de drogas ilícitas corresponde, atualmente, a 180 milhões, que representam 3% da população mundial adulta. Já em 2017, conforme a pesquisa realizada pela UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) cerca de 200 milhões de pessoas usam drogas ilícitas que correspondem a fração de 4,8% da população maior de idade. O estudo conclui que apesar dos altos índices de usuários de drogas, as políticas públicas são ineficientes, sendo precário ou nulo na maioria das cidades. Além disso, o auxílio familiar para quem apresenta membros usuários é quase inexistente e, embora a infraestrutura de clínicas e hospitais públicos com assistência são excelentes, os serviços ofertados deixam a desejar mesmo apresentando todos os recursos necessários e as clínicas particulares não são acessíveis a toda a população, porém o serviço ofertado é muito bom.

Palavras-chave: Arquitetura. Clínica de Reabilitação. Usuários de drogas.

CHEMICAL REHABILITATION CLINIC

ABSTRACT

Currently the rate of drug users is wide, the abuse of these substances is considered a serious social and public problem. This research aims to gather information through bibliographies, online data and field research, on external and internal factors that may influence the use of illicit substances in social, economic, educational, health and family that may create barriers or opportunities in one's life and also show how clinics that provide services to dependents work and what services they have. Drug use commonly begins in childhood, but its obtaining is favored by easy access in schools, parties, universities and others, which can make the individual dependent or lead to fatality. According to current evidence gathered by the ONU in 2016, the illicit drug market currently stands at 180 million, representing 3% of the world's adult population. Already in 2017, according to a survey by the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) about 200 million people use illicit drugs that correspond to a fraction of 4.8% of the older population. The study concludes that despite high rates of drug users, public policies are inefficient, precarious or nil in most cities, family assistance for those with user members is almost non-existent, the infrastructure of clinics and public hospitals with assistance is excellent, the services offered fall short even with all the necessary resources and private clinics are not accessible to the entire population, but the service offered is very good.

Key-words: Architecture. Drugs users. Rehabilitation clinic.

1 INTRODUÇÃO

Na sociedade contemporânea o índice de usuários de drogas ilícitas é imenso, sendo considerado caso de saúde pública e social. Em tempos remotos, algumas drogas eram utilizadas em celebrações culturais para fins medicinais, porém a descoberta das sensações fez com que passassem a ser comercializadas ilicitamente, perdendo o valor cultural e se espalhando por todos os países. Um dos fatos principais para o tráfico de drogas é o retorno financeiro rentável proporcionado ao traficante. Segundo a ONU - Organização das Nações Unidas - (2016), o mercado consumidor de drogas ilícitas corresponde, atualmente, a 180 milhões (3% da população mundial e 4,2% da população mundial de crianças de 15 anos ou mais).

O uso abusivo de drogas é considerado um sério problema social, que gera grandes prejuízos nas áreas: afetiva, educativa, saúde, econômica, produtiva e relações sociais. Elas são encontradas facilmente em escolas e seu consumo geralmente começa na infância, antes do nascimento ou ainda na gravidez, podendo não ser fatal, mas tornando o indivíduo dependente.

Na sociedade atual, o usuário vem sendo marginalizado e discriminado, a não aceitação da população se deve ao medo da violência, pois a criminalização amedronta e afasta a integração. Desse modo, a reintegração social de usuários é de extrema importância, ela devolve ao ser humano a dignidade, valores e moral perdidos. Essa integração está diretamente ligada ao “se fazer sentir útil”, o que requer a oferta de uma boa educação e qualificação profissional aos consumidores preparando-os para a reintegração de forma mais segura e menos dolorosa a sociedade.

Assim, uma clínica de reabilitação para usuários de drogas pode oferecer uma infraestrutura adequada, ofertando um local onde se sintam acolhidos e acomodados, ou seja, um projeto que atenda as demandas de maneira direta e indireta.

As clínicas, em geral, devem acolher o próximo sem que ocorra a discriminação de classe social, econômica, ou portadores de necessidades especiais (PNE), pois a recepção e o acolhimento é um dos principais fatores que agregam na reabilitação, juntamente com o apoio que será ofertado ao usuário durante todo o processo de tratamento intensivo que ocorrerá em uma clínica.

Nesse sentido, o objetivo do artigo é tratar sobre esse tema, a fim de descobrir causas e implicações, bem como conhecer algumas instituições e o serviço que prestam a dependentes químicos. Para tanto, será realizada uma pesquisa bibliográfica e dados online sobre o assunto, além de visita técnica a duas importantes instituições maringenses, registrando aspectos do interesse da arquitetura e urbanismo, entre outros.

2 AS DROGAS

Na história de algumas antigas civilizações existem relatos cerca de 5 mil anos atrás, uma tribo encontrou uma planta entorpecente e acreditaram que nela havia uma divindade, assim passaram a venerá-la. Começaram a praticar rituais que se espalharam para outras tribos, onde são utilizados até hoje, por meio de preparo de bebidas fermentadas, frutas e cereais, vinho e cerveja. Essa planta, a árvore *Tabernanthe Iboga* é utilizada para fins lisérgicos nas cerimônias em lugares como Gabão, Angola, Guiné e Camarões.

Segundo Marco Antônio Lopes (2019), da revista Super Interessante, há cerca de milênios, aproximadamente em 450 a.C., o historiador grego Heródoto descobriu a *Cannabis sativa*, planta da maconha e tinha fins em saunas, onde eram queimadas, proporcionando alegria aos usuários.

Na idade média, os árabes descobriram a destilação de bebida que permitia o alto teor alcoólico. A chegada da Revolução Industrial trouxe um ápice da comercialização e, conseqüentemente, a popularidade da mesma.

No final do século 19 é que muitas dessas plantas vieram a ser sintetizadas e estudadas em laboratórios, por médicos e cientistas. E só no século 20 começaram as proibições em relação ao uso desses entorpecentes. Em 2005, um levantamento feito pela ONU demonstrou que cerca de 340 milhões de pessoas consumiam drogas. De acordo com Lopes (2019), no fim do século 19, muitos desses produtos, viraram, em laboratórios, drogas sintetizadas.

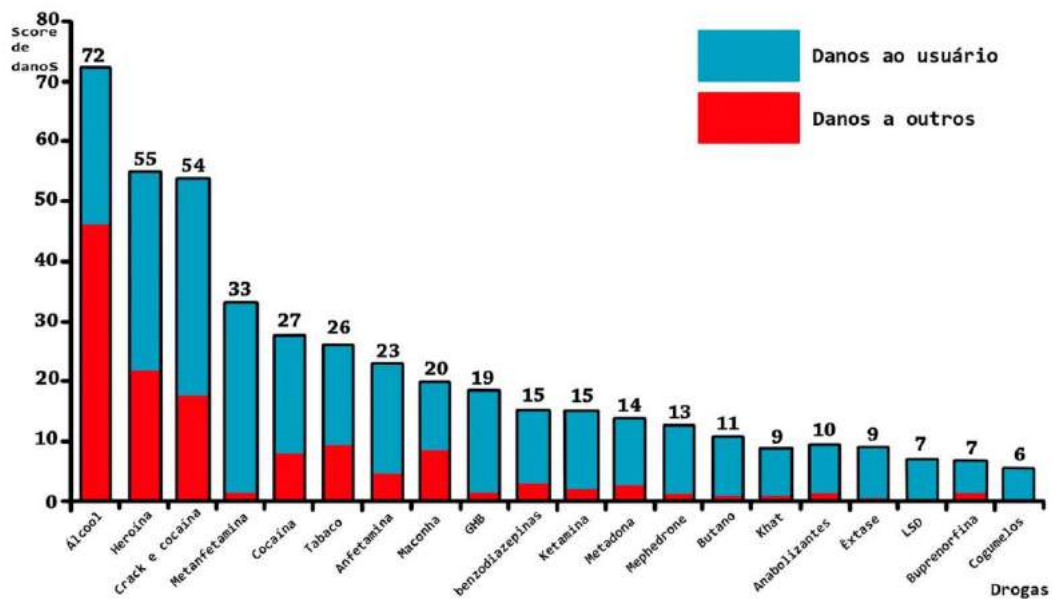
Também no Brasil, índios da bacia Amazônica utilizavam de alucinógeno há mais de 4 mil anos, costume que chamou atenção dos portugueses e espanhóis que tiveram seu desembarque em terras brasileiras no século 16. O alucinógeno se chamava *Ayahuasca* e seu significado era “vinho dos espíritos”, qual tinha poderes telepáticos e sobrenaturais. Os escritores que vieram para a América do Sul

enfrentavam dificuldades e em sua estadia permaneciam em aldeias onde ocorriam as cerimônias e faziam a utilização dessas plantas, desse modo se começou a divulgação e, ainda hoje, há venda clandestina em pacotes de viagem.

Outras drogas para fins culturais indígenas são: o *Cacto peiote*: utilizado por mais de 50 comunidades, encontrados no norte do México e sul dos EUA. A *Cocaína*, que foi distribuída aos escravos vindos para o Brasil para aumentar a rentabilidade no trabalho e, pouco mais a frente, também ocorreu a manipulação e o uso mundial da droga. O *Crack*, derivado da cocaína, teve seu ápice da década de 80, por ser mais barata. Os *Cogumelos* que existem cerca de 30 mil tipos, porém só 70 provocam alucinações e, no passado, tinha fins festivos. *Haxixe* provém da maconha, porém sua concentração é mais forte, sua origem é da América Central. *Ecstasy* que é formulada em laboratório para estimular a libido. *Heroína* que é um aprimoramento da substância da morfina, criada por cientistas. *LSD*, criada em laboratório primeiramente seu fim era pra ativar a circulação sanguínea. *Ópio*, deriva do suco leitoso da papoula branca, consumida há cerca de 5 mil anos no sudoeste da Ásia para venerar a deusa Demeter, e para dor. *Morfina* para dores intensas. *Merla*, obtida da pasta da coca, com ácido sulfúrico, querosene, gasolina, metanol, benzina, pó de giz, cal virgem e éter, leva a corrosão do organismo, afetando o cérebro fígado, pulmões e coração. *Lança-Perfume*, inalante em frasco de perfume. *Krokodil*, composto por desomorfina, uma espécie de morfina sintética (heroína caseira) feita de iodo, solvente de tinta, palito de fósforo, heroína, gasolina e codeína. *Pó de macaco* é produzida em laboratórios derivado das Cantinonas sintéticas da folha *Catha edulis* (*kthat*) e princípios ativos de *Metilendioxipirovalerona* (MDPV).

Todas essas substâncias afetam a estrutura do ser humano, modificando sua atividade mental, psíquica, somática e neuro-vegetativa, alterações na bioquímica e atividade bio-elétrica do organismo. Todas elas são substâncias entorpecentes, alucinógenas, excitante que causam mudança na personalidade do indivíduo. Vejamos a Figura 1.

Figura 1: Danos causados pelas drogas a usuários e a outros.



Fonte: New Atlas, (2010).

Segundo uma pesquisa realizada pela ONU (2016), o mercado consumidor de substâncias ilícitas chega hoje em dia em 180 milhões de consumidores, sendo 3% da população mundial e 4,3% da população que apresenta 15 anos ou mais, apresentando 144 milhões de usuários de maconha, 28,7 milhões de anfetamina (inclui ecstasy), 14 milhões de cocaína e 13,5 milhões de opiáceos que inclui 9,2 milhões usuários de heroína. A mesma pesquisa feita em 2003, indica que a população usuária ultrapassou 208 milhões de pessoas, número aproximado da população atual do Brasil (207,660,929 habitantes).

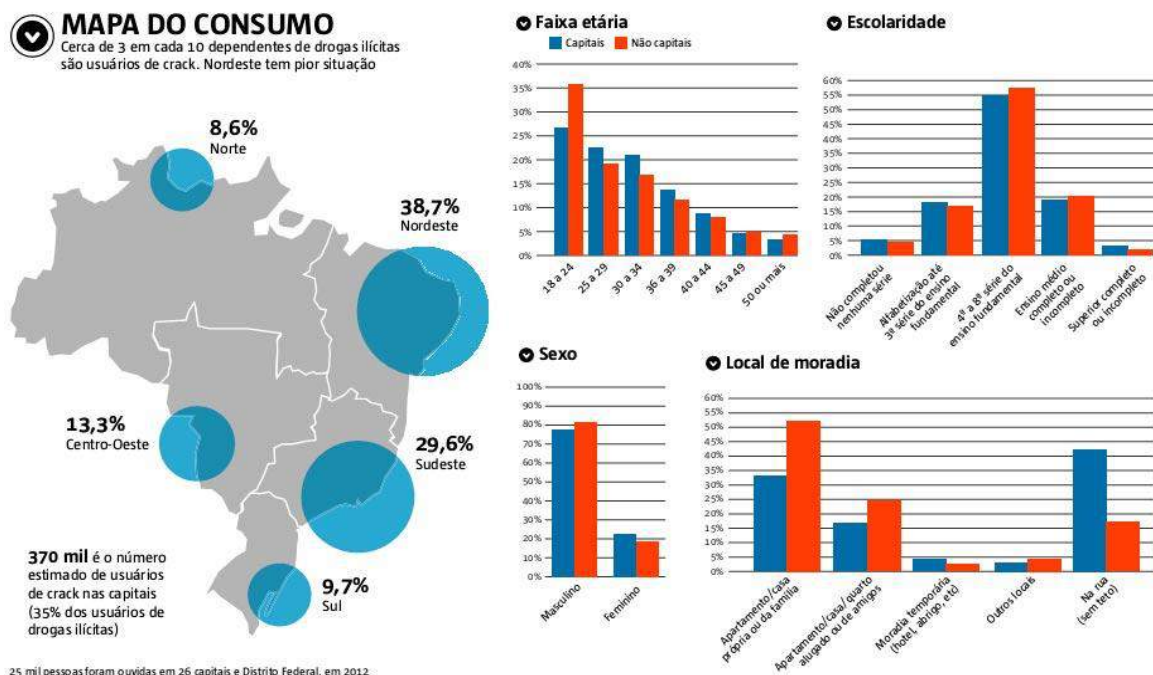
Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas (2018), o uso não medicinal de medicamentos vem se tornando um problema à saúde pública com opioides tendo maior porcentagem dos danos, chegando a 76% de mortes envolvendo distúrbios

devido ao uso de drogas. A produção global teve um aumento explosivo de 65% de ópio, chegando a 10.500 mil toneladas. Conforme Malbergier (2013),

Cerca de 2 bilhões de pessoas em todo o mundo são consumidoras de álcool, enquanto que 1,3 bilhão de pessoas são fumantes, e 185 milhões, usuárias de drogas ilícitas. O consumo destas substâncias contribui para 13,4% das mortes mundiais e para a perda de quase 9% dos anos de vida (MALBERGIER,2013, p.12).

Conforme os dados citados pelo autor acima, a seguir um mapa de consumo, a fim de evidenciar que cerca de 3 em cada 10 dependentes de drogas ilícitas são usuários de crack e que o Nordeste apresenta a pior situação. Vejamos a Figura 2.

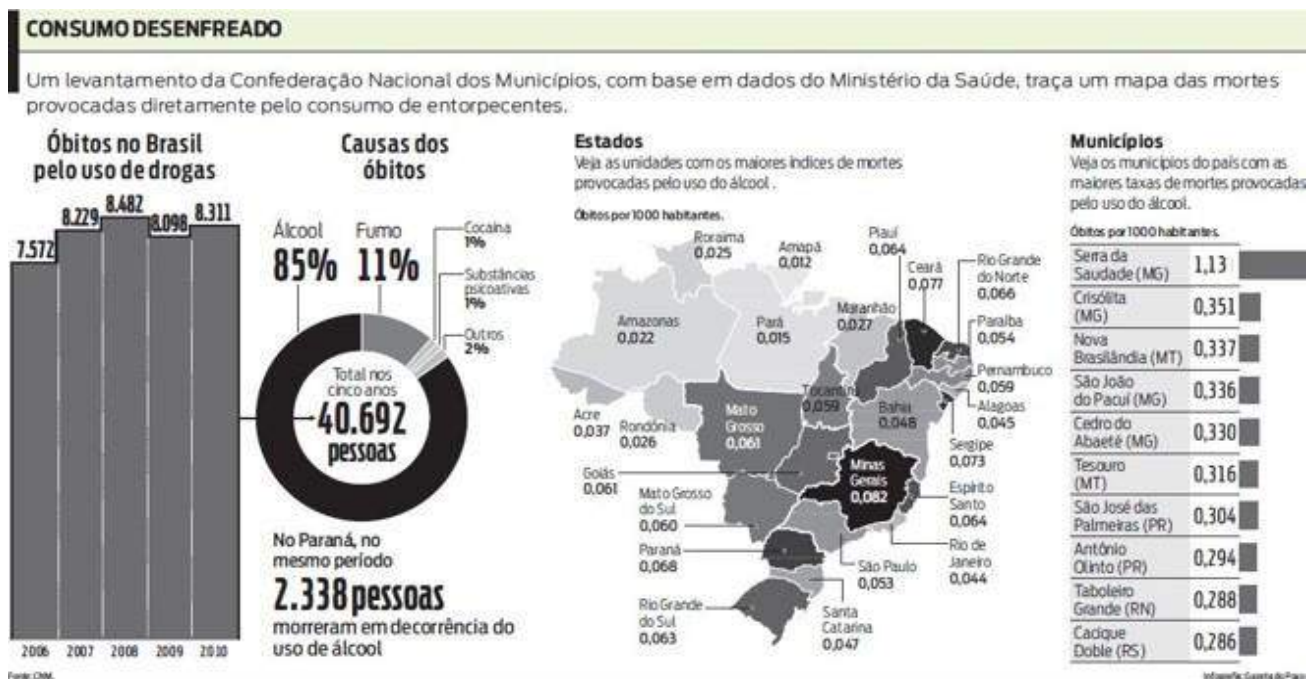
Figura 2: Mapa de consumo de drogas no Brasil..



Fonte: Pesquisa sobre o consumo de drogas no Brasil (2012).

Outro dado importante é que a proporção de uso de qualquer droga, exceto álcool e tabaco, tem maior incidência em instituições de ensino privada com 13,6%. Já em instituições de ensino público é de 9,9%. Com relação à proporção de drogas, o dado é de 3,7% em maconha, 9,6% tabaco e 42,2% álcool. Vejamos a Figura 3.

Figura 3: Dados de consumo desenfreado no consumo de entorpecentes.



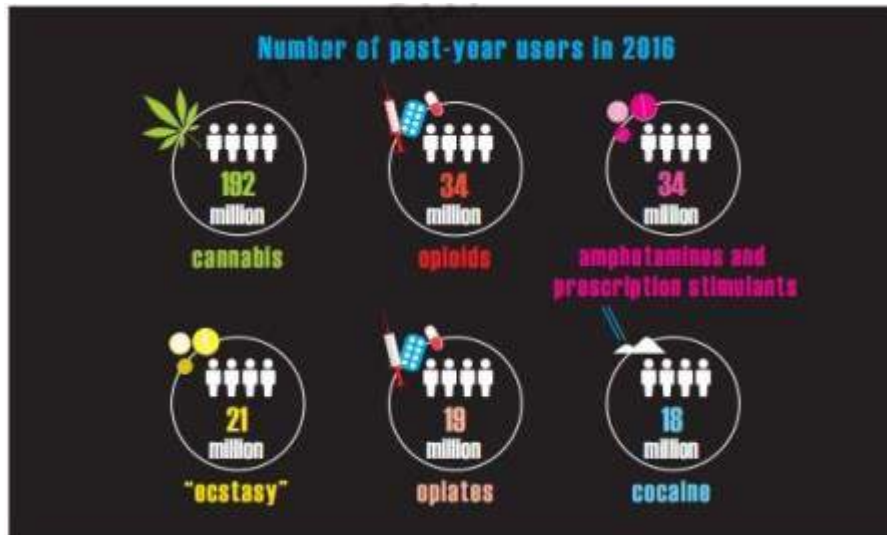
Fonte: Gazeta do povo, (2010).

No que diz respeito à cannabis é evidente que ela é uma das drogas mais escolhidas pelos jovens, porém o uso dela difere entre os países além de depender das circunstâncias econômicas e sociais dos usuários. A tipologia de uso dentre os jovens varia de clubes noturnos e o uso entre crianças de rua em situações adversas. Entre a população de geração mais velha, esse número tem aumentado em nível maior que as dos jovens. Malbergier (2013) afirma que,

E que a maconha é a droga ilícita mais consumida no mundo, com um número de usuários avaliado em de 129 a 190 milhões. A mesma predominância sobre as demais drogas ilícitas também se observa no Brasil, em que estudos domiciliares indicam aumento do consumo nos últimos anos (MALBERGIER, 2013, p.13).

Para melhor exemplificação do que afirma Malbergier (2013), vejamos a Figura 4.

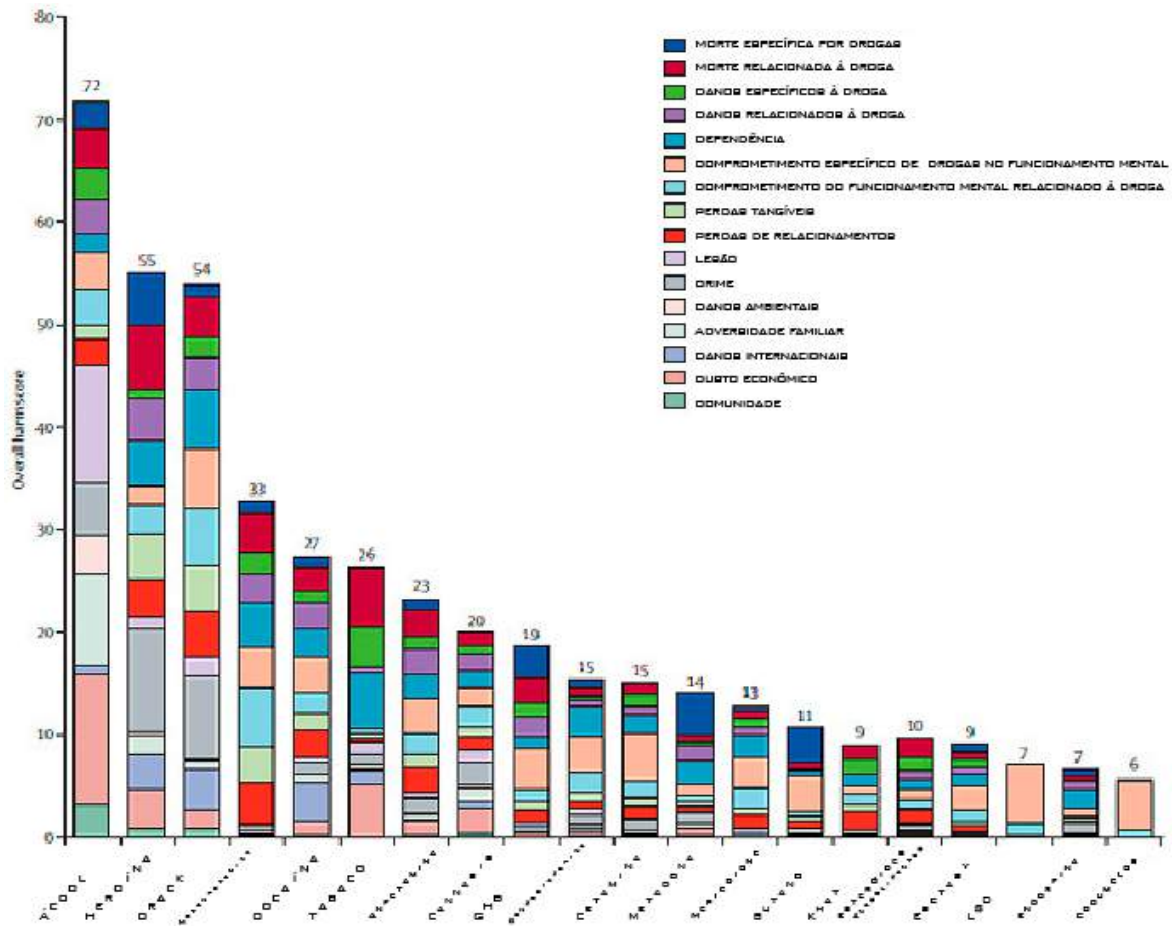
Figura 4: Número de usuários em 2016.



Fonte: Relatório Mundial sobre Drogas 2018.

O uso compulsivo das drogas tem tendência a gerar recaídas e dependência após o período de abstinência, deixando os usuários frágeis e vulneráveis a decisões arriscadas para obtenção de drogas como, por exemplo, tráfico, sexo, violência, assaltos e brigas. Vejamos a Figura 5.

Figura 5: Os diferentes danos de cada droga e seus pesos ponderados no ranking.



Os diferentes danos de cada droga e seus pesos ponderados no ranking

Fonte: Farmacodependente, 2010.

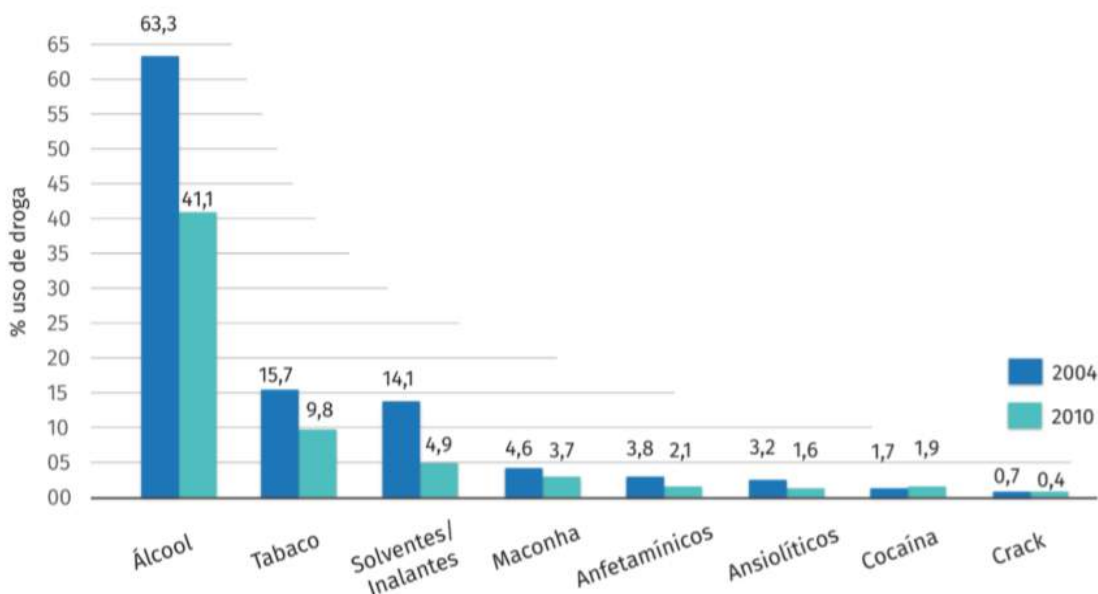
É sabido que o uso compulsivo das drogas causa danos a saúde e vida do indivíduo. Dessa maneira, Graeff (1984) apresenta os principais prejuízos da droga ao revelar dados de usuários em uma investigação realizada no ano de 1987.

Em 1987, uma investigação realizada por R. Bucher para revelar a porcentagem de usuários de maconha, de 2189 estudantes, 4,3% são estudantes do curso primário, 4,6% secundário e 24,6% universitários. As observações feitas delatam que os principais prejuízos são distúrbios psiquiátricos, desenvolvimento da síndrome amotivacional, deterioração intelectual, perturbações da conduta social. (GRAEFF, 1984, p.124)

Segundo o relatório da Secretaria Nacional de Drogas, entre os anos 2001 e 2005, a dependência de drogas lícitas chegou ao ápice, sendo os mais consumidos, álcool e tabaco, tendo o álcool como uma das principais causas de mortes do ano de 2001 até 2007, que mais apresentaram transtornos mentais e comportamentais. Já no que diz respeito ao uso de drogas psicotrópicas entre estudantes nos anos de 2004 a 2010, temos, conforme a Figura 6 que o álcool é o mais consumido, seguindo de tabaco, solventes e inalantes e a maconha. Vejamos a Figura 6.

Figura 6: Comparação do uso de drogas psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio das escolas públicas entre os anos de 2004 e 2010.

Comparação do uso de drogas psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio das escolas públicas entre os anos de 2004 e 2010:



Fonte: Pesquisa sobre o consumo de drogas no Brasil, 2010.

No que diz respeito às drogas lícitas, Malbergier (2013) ressalta que:

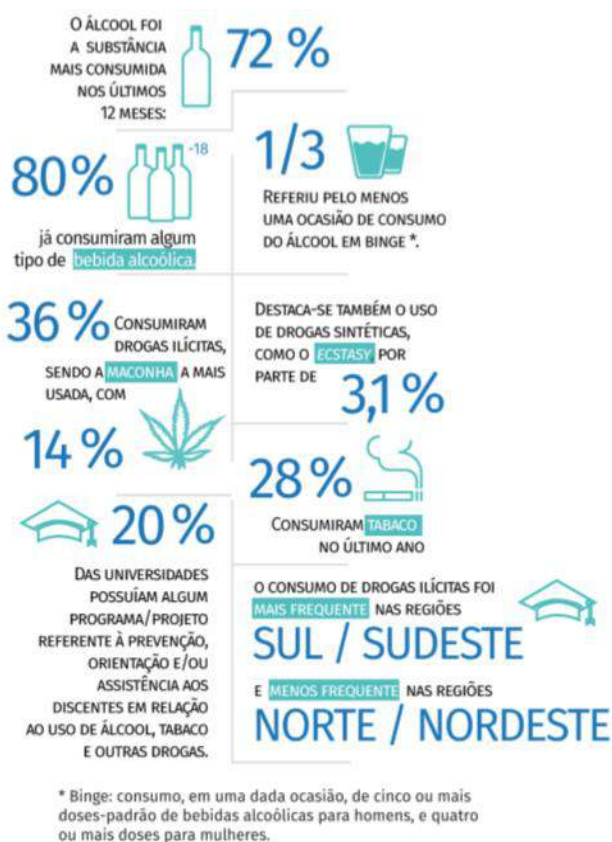
Não há nenhuma proibição na legislação quanto à produção, uso e comercialização. São chamadas drogas legais e em geral têm seu uso aceito socialmente e às vezes até estimulado em determinadas culturas, como exemplo tem-se o álcool, tabaco e café. Os benzodiazepínicos e as anfetaminas também são drogas permitidas, apesar do controle na comercialização e receita médica. Os solventes ou inalantes, como a cola de sapateiro, são drogas lícitas muito utilizadas na construção civil e na fabricação de objetos de couro, contudo tem a comercialização controlada para evitar o uso indevido. (MALBERGIER, 2013, p.09).

A partir do exposto até o momento sobre as drogas ilícitas e lícitas, torna-se evidente que a descriminalização da população usuária ocorre devido ao medo da violência, que afasta a integração. A mídia, por exemplo, estabelece grande influência, pois mostra esse “mundo” como sem volta, fazendo com que as pessoas não tenham esperanças na recuperação do usuário de droga, afastando-o cada vez mais a reintegração na sociedade e surgindo outros problemas, como afirma Possa (2007),

No contexto da exclusão, o indivíduo torna-se muitas vezes incapaz de prover e suprir seus próprios meios de subsistência e suas necessidades básicas como alimentação, moradia, saúde, dentre outras, o que pode contribuir negativamente para sua formação e atuação na sociedade, estando propenso à prática de crimes e/ou a mendigar [...] (POSSA, 2007 p. 03)

No tocante a utilização de bebidas alcoólicas, vejamos a Figura 7, que demonstra em números, o percentual de consumo.

Figura 7: Dados de pesquisa sobre o uso de drogas no Brasil.



Fonte: Artigo: Pesquisa sobre o consumo de drogas no Brasil, 2016.

A partir da Figura 7, é notável que o álcool é a substância mais consumida, seguida de maconha e outras drogas, como também, fica evidente que o consumo de drogas ilícitas foi mais frequente nas regiões sul e sudeste e menos frequente nas regiões norte e nordeste. Em relação ao consumo de álcool no Brasil e a postura adotada pelo governo, Gonçalves (2014) afirma que:

A mudança na legislação brasileira a respeito do uso do álcool e o trânsito aconteceram em 20 de junho de 2008, quando foi promulgada a Lei 11.705 (popularmente referida como “Lei Seca”) que alterou o Código de Trânsito Brasileiro e estabeleceu o que foi divulgado como tolerância zero, quanto à prática de dirigir sob efeito de álcool. Vários estudos têm apontado que, após a implantação da Lei Seca houve diminuição no número de acidentes envolvendo motoristas alcoolizados. (GONÇALVES, 2014, p.02).

Outro dado que mostra o consumo de drogas se refere à Figura 8, que ressalta dados de internações devido a tal consumo. Vejamos a Figura 8.

Figura 8: Relatório brasileiro sobre drogas.



Fonte: Pesquisa sobre o consumo de drogas no Brasil, 2016.

Segundo Tuller (2000), as causas que levam o indivíduo a usar drogas são divididas em 3 partes: o viciado, família e sociedade, tendo como causas principais

85% de desajuste familiar, 15% hereditariedade e desequilíbrio mental. POSSA (2007) atesta que:

As pessoas envolvidas com álcool e outras drogas invertem os valores das suas vidas, têm outras necessidades, não conseguem responder pelo vínculo afetivo familiar, sendo usuário de drogas. Dessa forma, se desenvolvem nos parentes e amigos sentimentos de hostilidade e raiva, estimulando os usuários a manterem-se nessa condição [...] É possível observar algumas características dos usuários como pessoas solitárias, com dificuldades quanto ao estabelecimento de vínculos profundos e duradouros, pessimistas e ressentidas contra o mundo, são dependentes psicologicamente, apresentam baixa tolerância à frustração, usam de agressividade, pode apresentar problemas na esfera sexual, riscos de suicídios e desleixo com a saúde (POSSA, 2007, p. 02 e 09).

A partir disso, respondemos ao nosso objetivo geral deste trabalho que diz respeito à identificação dos fatores externos e internos que podem influenciar o uso de substâncias ilícitas em meios sociais, econômicos, educativos, saúde e familiares ressaltando que os fatores que levam o indivíduo a se drogar são inúmeros, mas os principais são oriundos na família - ausência dos pais, sobrecarga de deveres, falta e orientação dos filhos, desavenças, excesso de liberdade; mídia - programações de TV inadequadas que passam a imagem das drogas serem pacíficas; Adolescência - formação de personalidade, alterações físicas e psíquicas, novas sensações e sentimentos; curiosidade; meio ambiente - más companhias; ociosidade - associada ao protecionismo; angústia e depressão; ausência de religião; necessidade de auto - afirmação; a não adaptação as mudanças e desajustes (social, econômico e familiar); angústia; depressão; traumas (abandono, carência, maus tratos, castigo, vida intra uterina entre outros).

Tuller (2000) sintetiza que “O jovem é produto de uma sociedade falida, principalmente pela hipocrisia dos pais, pois condenam os filhos pelos vícios e drogas, enquanto eles próprios, bebem, fumam e tomam tóxicos” (TULLER, 2000, p.14).

Recuperar essas 180 milhões de pessoas, segundo dados disponibilizados pela ONU (2016), poderia de alguma forma trazer benefícios para o país. A exclusão em massa não resolveria o problema, porém este se encontra na esfera da desigualdade social, realidade local de educação, condições de trabalho, saúde, lazer, e falta de políticas públicas.

É neste ponto que ressaltamos a importância dos serviços ofertados pelas clínicas de reabilitação que devem ser: 1) Resgate involuntário de dependentes que

acontece quando o dependente está causando muitos problemas em seu entorno e não aceita ajuda. 2) Internato voluntarioso que significa manter o dependente afastado da substância química, através de atividades durante o dia. 3) Intervenção orientada que ocorre quando a família pede ajuda a profissionais para convencer o usuário que ele aceite ajuda. 4) Terapia para familiares que ajuda o entorno do usuário a se fortalecer, para melhor recebê-lo. 5) Terapia para dependentes em que os usuários são levados a refletir sobre seu vício e repensar em suas vidas, no afastamento da substância. 6) Palestras que advertem sobre o uso das drogas e a importância de buscar a qualidade de vida.

Nesse sentido, conforme dados do Núcleo Viver Sóbrio, (2018), os tipos de tratamento mais comuns praticados em clínicas de reabilitação são: 1) Interno, ocorre quando o usuário fica internado, recebendo cuidados durante 24h, durante 7 dias, podendo ser de duração de 28 dias à meses. O tratamento de longo prazo ocorre com ordem judicial. 2) Externo, ocorre quando o usuário visita a instituição para receber apoio. 3) Tratamento de internação parcial, ocorre quando combina tratamento externo e interno, o usuário recebe atenção no decorrer do dia e no período noturno volta a sua casa, recebendo cuidados das 8h às 18h.

No tocante as fases de tratamento, segundo CTT Tratamentos (2019), o internamento ocorre da seguinte forma:

A 1ª Etapa (30 dias): acolhimento, dinâmica de recebimento, avaliações, anamneses, medidas terapêuticas, entrevistas e exames clínicos. A 2ª Etapa (30 dias - total de 60 dias): Interação com as rotinas da casa, abstinência, visitas familiares, fortificação tratamento psicológico. A 3ª Etapa (60 dias - total de 120 dias): Aceitação do tratamento, atendimento entre profissional e usuário, conduta de comportamento, mudança no convívio social.

No tocante a classificação do tratamento, segundo CTT Tratamentos (2019), ocorre da seguinte forma:

Leve: Tratamento de curto prazo, de 30 a 90 dias, com reinserção social.

Moderado: Internação de médio prazo, de 40 a 130 dias, com continuidade de pós tratamento ambulatorial.

Grave: Tratamento involuntário.

2.1 Reintegração social e amparo a família

A reintegração social de dependentes é simplesmente um meio de devolver a dignidade, moral e os valores perdidos. Ela proporciona ao indivíduo a sensação de se sentir útil. Dessa maneira, é preciso investir numa educação de qualidade para prepará-los para a reintegração de forma que os mantenham seguros e não proporcionem sentimentos de dor. Conforme Barreto (2017),

O objetivo da reinserção social é auxiliar o indivíduo a sentir-se útil, ter autoestima, confiança em si mesmo, amor próprio e serenidade. É também uma maneira de indicar que todas as pessoas são importantes e mostrar que o valor do ser humano está acima dos seus atos, que sua dignidade tem um valor incondicional digno de amor e respeito. E que, apesar das falhas, todos merecem uma outra oportunidade na vida. (BARRETO, 2017, p. 33)

Oferecer oportunidades para obterem empregos dignos é uma maneira de estimular a última fase da reabilitação: a integração social, pois umas das causas do uso das drogas se devem a falta de oportunidades de trabalho, falta de destaque na sociedade e falta de perspectiva de vida. Essas pessoas podem ter passado por vários acontecimentos que os traumatizaram e que as levaram a alguma forma de fuga dos sentimentos ou da realidade a usarem drogas, por traumas antes mesmo de nascer, rejeição intra-uterina, maus tratos e uma vida anormal. Possa (2007) afirma que:

Estudos apontam que, de forma geral, muito do comportamento social tem a finalidade de aumentar a afiliação entre as pessoas, quanto à aceitação e à inclusão social. Denota-se, assim, o sentimento desses indivíduos, de terem um vínculo com o trabalho, levando-os a se sentirem cidadãos produtivos [...] O aspecto chave para trabalhar a ressocialização é a priorização de aspectos sociais e econômicos, visto que ressocializar o indivíduo usuário de drogas implica em aumentar sua contratualidade afetiva, social e econômica, viabilizando sua autonomia para a vida na comunidade (POSSA, 2007, p.07; p. 12)

De acordo com a citação acima, é notável que a reintegração é um fator importante, pois é a partir dela que o ex-usuário vai se restabelecer, tomando um novo rumo para a vida, construindo e realizando seus sonhos sem medo da rejeição. Barreto (2017) diz que:

A reincorporação na comunidade reflete a confiança que a sociedade deposita sobre um indivíduo que cometeu algumas falhas na vida, mas que

pode iniciar um novo caminho graças à mudança de conduta e sua capacidade de reflexão. (BARRETO, 2017, p.33)

Outro fator importante é a terapia ou amparo familiar, preparando-os para a recepção do ex-usuário. Muitos internamentos que ocorrem não apresentam o auxílio da família, o que desestabiliza o estado emocional do paciente, devido ao mesmo pensar e agir de seus entes, tendo ações inapropriadas em certos momentos que podem acarretar na volta do uso de drogas ou à recaídas. Com esse auxílio há a preparação para essa nova situação, sem olhar de julgamento e rejeição que vai garantir boa parte da estabilidade emocional do indivíduo.

Um das dificuldades do tratamento para usuários dependentes são geralmente intensificadas pela falta de apoio familiar, somando juntamente ao sistema público de saúde, qual apresenta deficiência no âmbito do devido tratamento de dependentes químicos e doenças mentais.

A família de um usuário de drogas se encontra em alguma crise, e sofre as consequências e, do mesmo modo que a recuperação do usuário depende da disponibilidade e força de vontade dele, a recuperação da família também. Logo, ela pode adquirir e desenvolver novos hábitos, novas maneiras de se relacionar e lançar mão de comportamentos negativos, violentos ou depressivos (BARRETO, 2017, p.15)

Alguns dos comportamentos negativos que devem ser repreendidos pela família são: julgar, ou seja, não o escutar e condená-lo por suas atitudes. Vitimizar, ou seja, dizer ser vítima do usuário ou de si. Passividade que corresponde a deixar-se levar pelas chantagens e ameaças do usuário. Culpa, que significa recriminar e culpar o usuário. Vigilância, vigiar o usuário, como também, o agravamento, ou seja, minimizar os sentimentos de risco do usuário.

Alguns dos comportamentos positivos que devem ser exercidos pela família são: dialogar, que significa ouvir e refletir junto com o usuário. Reconhecer: valorizar os pequenos atos do usuário, tal como suas pequenas conquistas. Comprometer: mostrar-se presente durante a recuperação. Compreender: dar acolhimento e carinho ao usuário. Ser realista: ter em mente que durante a recuperação pode haver recaídas e dificuldades, sendo um processo longo e, por fim, mas não menos importante, regras e disciplina, que significa colocar regras e limites.

Segundo os dados levantados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil oferece somente 0,34% dos leitos para atender com as necessidades de sua

população dependente. Além disso, outro fato é a falta de capacitação médica para tratar esses tipos de casos de dependência química.

As clínicas, também, devem contribuir para o processo de reintegração social, disponibilizando áreas comuns para o desenvolvimento do interno, tais como: área cultural – pintura, bordado, música, leitura, teatro, canto - e área externa em contato com a natureza, preservando a ligação entre ser humano e meio ambiente como: pequena floricultura, e hortas para o consumo do alimento, desde a sua cadeia primária. Tudo isso contribui para que a valorização dessas atividades possa, depois do término do tratamento, auxiliar no desempenho social e na reintegração do indivíduo.

3 REFERÊNCIAS INSTITUCIONAIS

3.1 Instituto Marev (Associação Maringá Apoiando a Recuperação de Vidas)

Instituto Marev é uma entidade sem fins lucrativos – arrecada dinheiro por meio de doações, igreja, bazar, almoços - qualificada como Comunidade Terapêutica, com finalidade de auxiliar dependentes químicos, do sexo masculino a partir de 12 anos – exclusivamente para o tratamento voluntário. O seu surgimento se deu devido a um acampamento de evangelização em fevereiro de 1996, tendo em março de 1997 a iniciação dos trabalhos terapêuticos. A sede da instituição foi construída especificamente para a comunidade MAREV, que conta, atualmente, com 3 dormitórios, sendo 2 deles improvisados até a construção de um próximo, com capacidade máxima de 50 pessoas.

Para a continuidade da comunidade foi criado “A campanha Amigos do MAREV”, que possibilita a participação na recuperação e reintegração social de dependentes químicos.

A comunidade MAREV tem como objetivo a prevenção da dependência química – álcool e droga – no processo de tratamento aos usuários dispostos a viverem sóbrios.

O seu processo de tratamento ocorre pela trilogia terapêutica, Espiritualidade, Laboterapia e Disciplina, que contempla e externa as dimensões humanas: bio-

psico-social-espiritual, sócio-político-ecológico e capacitação técnica. O período mínimo de tratamento é de 9 meses, com regime de internação social, apresentando 3 etapas, além de ter seus princípios voltados a filosofia dos 12 passos: (que compreende: 1º passo, admissão e rendição; 2º passo, acreditar em um poder maior; 3º passo, entregar nossas vontades e vidas; 4º passo, descobrindo falhas e qualidades; 5º passo, admissão perante Deus, si próprio e o outro; 6º passo, permitir que Deus remova nossos defeitos de caráter; 7º passo, com humildade pedimos a ele que nos renove; 8º passo, lista de reparações; 9º passo, fazer reparações direitas às pessoas que prejudicou; 10º passo, devemos nos inventar a cada dia; 11º passo, através da prece e meditação, procuramos melhorar nosso contato com o poder superior; 12º passo, transmitir mensagem dos princípios espirituais e praticá-los em todas as áreas da vida.)

O grupo também amplifica as atividades de prevenção por meio de palestra, orientações e depoimentos de vida, cujo propósito é minimizar o uso e abuso de drogas tanto lícitas quanto ilícitas. Isso ocorre por meio de pré-agendamento em escolas municipais, estaduais e particulares, comunidades, empresas, grupos de apoio, clubes de serviços etc.

Atuam em instituições profissionais voluntários nas áreas de saúde, educação, cultura, esporte e lazer, contando com 5 psicólogos, 2 assistentes sociais, 1 enfermeira, 3 técnicos em enfermagem, 1 médico psiquiatra, 2 monitores e coordenador.

Os alimentos não perecíveis, em parte são obtidos por doações, sendo que a cozinha é parcialmente financiada pela Cocamar. Hortaliças, frutas e verduras são produzidas no local, tendo uma câmara fria para o armazenamento. Os internos são responsáveis pela horta, limpeza e manutenção do local – preparam o café da manhã, almoço e janta, pães, horta, separação de nota fiscal, lavagem dos banheiros, limpeza das áreas internas e externas, lavagem das roupas – em tanques localizados em área externa que futuramente será coberta, contendo máquinas de lavar que também receberam por doações.

Também há uma parceria do MAREV com o Ministério da Justiça, Senad e prefeituras – que custeiam alguns tratamentos e ajudam por meio de doações de alimentos e dinheiro. O que ocorre geralmente é que, cidades menores que não possuem suporte para tratamento de usuários de drogas, entram em contato com a prefeitura local, e esta financia o tratamento, conforme avaliação prévia.

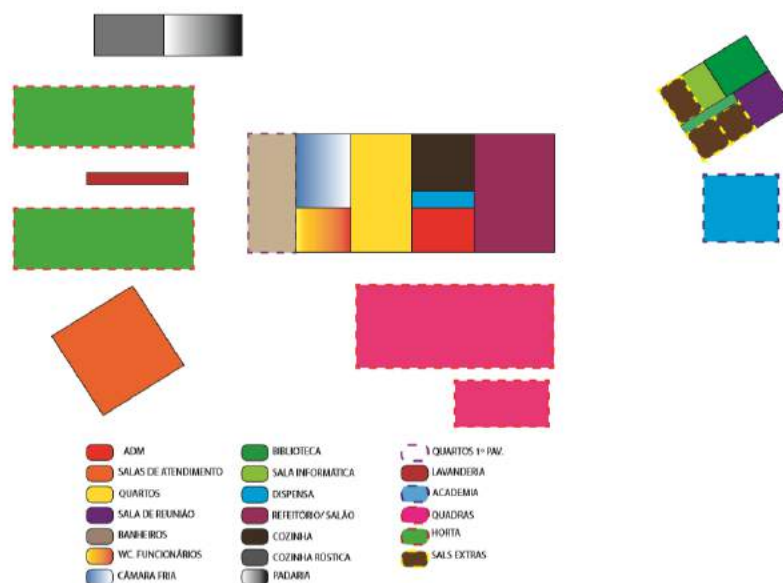
As atividades apresentam horários que devem ser cumpridos corretamente. Sua infraestrutura também apresenta 2 quadras externas – 1 de futebol e 1 de areia; refeitório / salão de música / missa / celebração (por curto período aconteceram todos em um mesmo local devido a falta de espaço, até a construção do novo dormitório); biblioteca - maioria dos livros foram arrecadados por doações, incluindo livros doados pela Unicesumar. Possuem, também, instrumentos musicais – porém sem instrutor para ensinar; sala de informática – sem professor; academia - sem instrutor para amparo; ambulatório - onde acontecem as consultas com padre e psicólogos. Há, também, cursos do Senar voltados à área da agricultura. As orações ocorrem todos os dias após o café da manhã e as missas ocorrem uma vez por semana. Eles acolhem pessoas de todas as religiões, que devem participar, faz missas e orações rotineiras.

Há, ainda, no pátio da propriedade, a criação de galinhas, porcos e gado para o próprio consumo.

Os principais tipos de usuários são alcoólatras e usuários de crack. A desintoxicação é deferida por um médico responsável que irá diagnosticar se ocorrerá na clínica ou no hospital. A visita familiar ocorre somente no segundo domingo do mês, após 15 dias de internamento, com capacidade para 25 visitantes. A comunidade atende em porcentagem maior número de pacientes que residem em Maringá, e a minoria corresponde a pacientes das cidades vizinhas.

Em relação à família, quando abalada, a mesma recebe amparo psicológico no escritório MAREV, além de ser convidado a participar no grupo Amor Exigente, que é realizado em todo o Brasil, oferecendo um preparo para o retorno do paciente em seu lar. Vejamos a Figura 9.

Figura 9: Localização de cada espaço físico da clínica de reabilitação.



Fonte: Levantamento visita técnica, 2019.

3.2 CAPSIII (Centro de atendimento psicossocial) em Maringá

É uma instituição que presta serviço de saúde mental com funcionamento diário destinado aos pacientes que apresentam sintomas graves e persistentes, oferecendo também atendimento interrompido por 24 horas aos usuários acolhidos nos leitos do centro. Destinado a proporcionar atendimento integral, inclusive as pessoas que fazem uso abusivo de substâncias químicas como drogas e álcool.

A oferta de atendimento pode ser em grupo ou individual, por meio de acolhimento, oficinas de geração de renda, grupo de apoio familiar, acompanhamento psiquiátrico, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e matriciamentos. O tratamento é realizado pela equipe multiprofissional em prol do usuário, respeitando as necessidades, fragilidades e potenciais individuais de cada paciente.

Este tipo de estabelecimento é mais voltado à saúde mental, porém auxilia em casos de “internamentos voluntários” nos quais os próprios usuários procuram auxílio.

O critério para inserção de tratamento contínuo no CAPS III é a recomendação de algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Maringá, sendo essas: UBS Aclimação, UBS Alvorada I, UBS Alvorada III, UBS Cerro Azul, UBS Cidade Alta, UBS Gravíleas, UBS Guaiapó-Requião, UBS Internorte, UBS Paraíso, UBS Parigot de Souza, UBS Piatã, UBS Pinheiros, UBS Portal das Torres, UBS São Silvestre, UBS Tuiuti, UBS Vila Esperança, UBS Vila Operária, UBS Zona 07 e UBS Zona Sul. Os encaminhamentos destas para o CAPS devem apresentar as necessidades junto a Estratificação de Risco, juntamente com o prontuário eletrônico.

Em relação aos recursos humanos, o CAPS III dispõem de uma equipe interdisciplinar, provido de 5 psicólogos, 2 médicos psiquiatra, 2 terapeutas ocupacionais, 6 enfermeiros 3 auxiliares administrativos, 2 agentes administrativos, 1 assistente social, 8 técnicos em enfermagem, 1 motorista, 8 auxiliares operacionais, 2 farmacêuticos, 3 estagiários de farmácia e 1 diretora, que sempre intercalam horários para distribuição igual de tarefas.

Os grupos terapêuticos são organizados de forma interdisciplinar, oferecendo atividades como: grupo de relaxamento, projetos / desenho, artesanato, abordagens corporais e hábitos saudáveis, oficina criativa, grupo operativo, oficina de música e expressão, artes, pintura, expressões artística, movimento.

O acolhimento ao leito ocorre de forma a realizar intervenções em intercorrências psiquiátricas, mas em situações de urgência, se estendendo às pessoas com transtornos adquiridos por uso abusivo de drogas. O CAPS III dispõe de 12 leitos, sendo 2 quartos, com 3 camas, 6 vagas femininas e 6 masculinas, podendo cada indivíduo permanecer por até 14 dias contínuos ou conforme a avaliação da equipe de assistência.

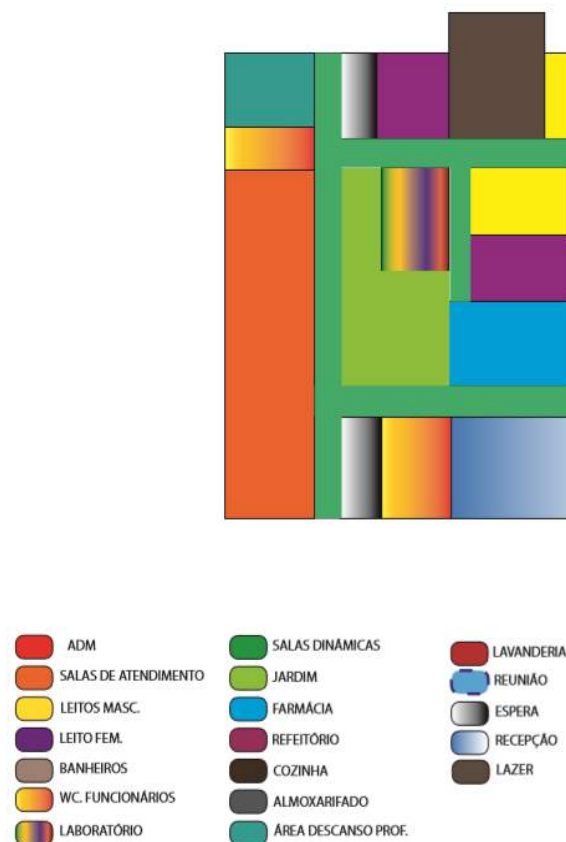
Há uma farmácia disponível nesse estabelecimento que funciona até o período da tarde, atendendo a comunidade e demais CAPS. Sua capacidade total para atendimento à saúde mental é de 350 pessoas e teve sua maior busca em dezembro de 2018, com 1321 buscas.

Já o CAPS AD (centro de atenção psicossocial para álcool e outras drogas) é especializado na atenção aos adultos com necessidades decorrentes de uso de álcool e drogas, que oferece tratamento para a população adulta, decorrente do uso de crack, álcool, tabaco, e outras drogas, proporcionando acompanhamento para pessoas que perderam sua autonomia. A equipe desenvolve diversas atividades,

como atendimento individual, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e em grupo. Além disso, apresenta os leitos para acolhimento no processo de desintoxicação e outras condições em que se precisa de acompanhamento médico e enfermagem.

Seu horário de funcionamento é de segunda à sexta das 7h as 21h. Sua estrutura é semelhante ao CAPS III, não contendo a área destinada à farmácia (que se encontra no CAPS III).

Figura 10: Localização de cada espaço físico do CAPS AD.



Fonte: Levantamento visita técnica, 2019.

3.3 Clínica Renascer da Serra em Mauá da Serra- PR

A clínica Renascer da Serra é uma instituição particular, sem parceria e sem convênios. Sua estrutura é parcialmente reaproveitada do antigo Hotel Fazenda Estância Manain, que funcionou dos anos 90 a 2008 e foi desativado. Em 2011 houve a inauguração da Clínica. As estruturas reaproveitadas foram os chalés que hoje são utilizadas pelos profissionais de saúde como repouso para a semana

(devido à maioria dos internos não serem do estado), refeitório e algumas salas que hoje funcionam para atendimento na clínica. Sua setorização é composta por 2 alas, tendo capacidade para 25 e 85 internos. Até fevereiro deste ano (2019) eles atendiam também pessoas do sexo feminino, porém a busca era menor, as pacientes que se encontravam na clínica, receberam alta ou foram transferidas para outros locais.

A internação ocorre a partir dos 16 e 17 anos até a faixa dos 65 anos do sexo masculino, tendo seu ápice de internamento com pacientes entre 25 a 40 anos. O valor mensal varia de acordo com o tipo de quarto que o paciente escolher com custos variados de 2500,00 reais a 4500,00 reais (consequentemente, quartos compartilhados e individuais).

O tratamento ocorre no tempo médio de 90 a 130 dias, em certos casos esse tempo pode variar de acordo com a prescrição médica, podendo se alongar para anos. A clínica é conhecida em toda a América, tendo pacientes que vêm do Paraguai, Argentina, Estados Unidos entre outros.

Segundo os dados fornecidos pelo assistente social da clínica, atualmente as drogas que estão trazendo mais problemas são as sintéticas, fazendo uma observação principalmente com a maconha, que o teor da substância THC na década de 60 era 0,5%, ou seja, mais inofensivo que açúcar, porém, atualmente, esse teor pode chegar a 50%, com mais de 50 tipos de maconha, o que leva usuários jovens a se tornarem esquizofrênicos, além de provocar ataques psicóticos. Na clínica há 4 casos de esquizofrenia devido ao uso desses, sendo dois pacientes com 19 anos e dois com 21 anos. Milhorange aborda sobre esse tema quando diz que:

Um dos casos mais notórios é o da maconha, que recebeu um acréscimo significativo de tetrahydrocannabinol (THC), a substância psicoativa. Em média, na década de 60, ela tinha uma concentração de 0,5% de THC e atualmente é de 5%, dez vezes mais, segundo Laranjeira. Outros relatórios, como o do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), apontam para um aumento mais intenso nas últimas décadas: de 1,5% para 4% entre 1980 e 1990. Além disso, óleos com maconha regularizados nos EUA podem conter até 50% de THC. (O GLOBO, FLÁVIA MILHORANCE, 2014).

A unidade 1 é composta por um refeitório pequeno, sem cozinha; sala ecumênica (onde os próprios pacientes fazem suas preces, não há um representante religioso); 2 salas para atendimento (psicólogos e psiquiatras); 1 sala

de desintoxicação (de 24 á 48 horas), academia, 3 quartos compartilhados (todos com banheiro).

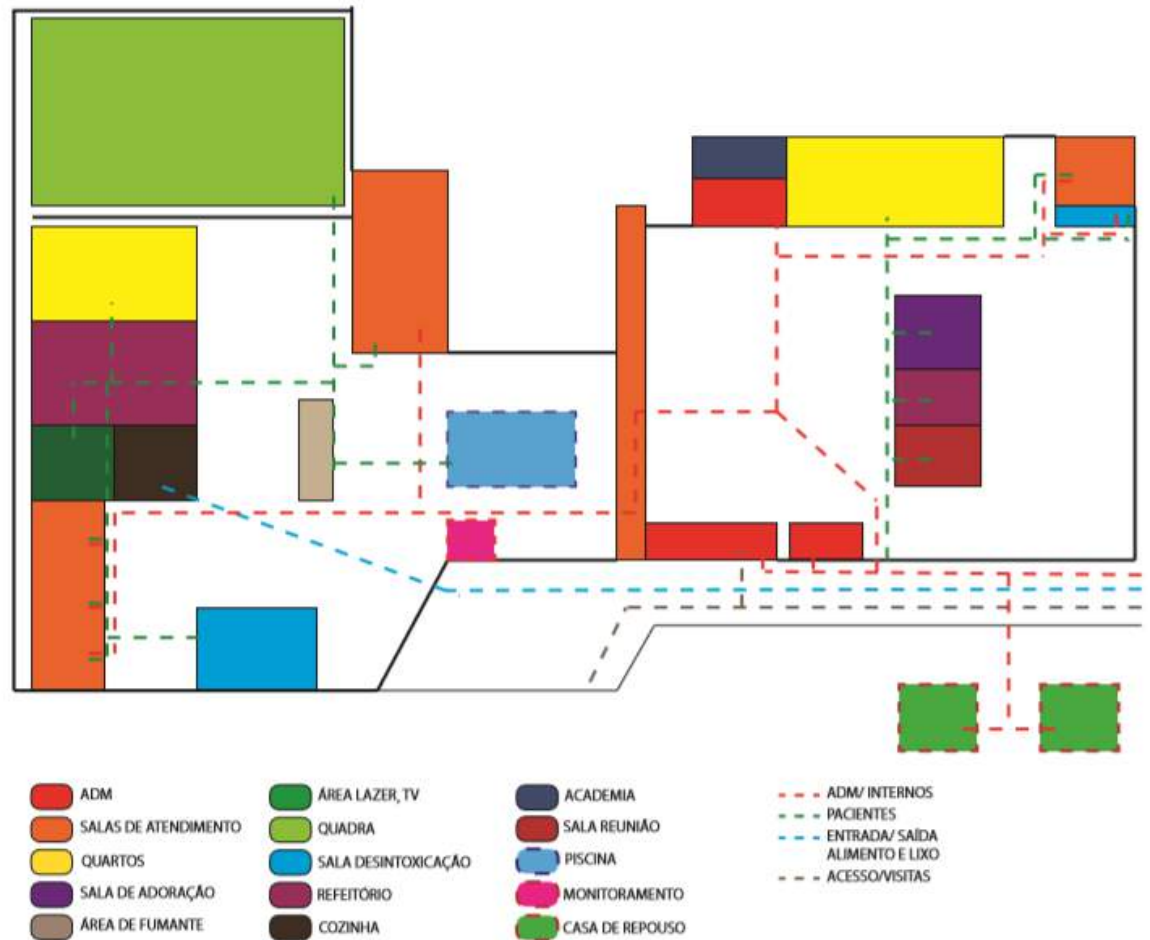
A clínica é composta por 5 enfermeiros, 2 clínicos geral, 12 seguranças, 6 monitores, 3 terapeutas, 3 coordenadores, 4 psicólogos, 1 consultor, 1 diretor, 2 médicos psiquiatras, 1 assistente social.

Entre as unidades há um setor de enfermagem com capacidade de 1 leito para casos de acompanhamento médico. Vale ressaltar que os pacientes com casos mais graves já atendidos foi da droga Merla, com 1 usuário.

A unidade 2 é composta por 1 piscina, sala temática (para reunião), sala terapêutica, cozinha, área de convivência (fumantes), refeitório, sala de atendimentos (psicólogo e psiquiatra), quadra de futebol, academia, unidade de desintoxicação, sala de TV, sala de visita.

A clínica não atende casos mais graves de pacientes que usam heroína, sendo enviado para uma clínica de desintoxicação onde será minimizada a dosagem da heroína, sucessivamente para metadona até parar completamente, assim podendo ser enviado para a clínica.

Figura 11: Localização de cada espaço físico da clínica Renascer da Serra.



Fonte: Levantamento visita técnica, 2019.

3.4 Clínica das Palmeiras em Londrina- PR

É uma instituição particular, atendendo apenas consultas e desintoxicação, com estadia máxima de 15 a 20 dias. A estadia só é prolongada em casos com ordem judicial para casos extremos ou com convênio (7 convênios – Unimed, hospitalar, CAAPSML, Sanepar, Saúde Bradesco) máximo de 30 dias. Sua capacidade é para 24 pacientes de ambos os sexos, feminino e masculino.

A sede da clínica foi construída especificamente para este tipo de uso, inaugurada em janeiro de 1994. É composto por 10 quartos, e 2 leitos intensivos em casos de monitoramento, aproximadamente 12 salas para atendimentos, 2

recepções, área de lazer, área de fumantes, refeitório, sala de TV + sala de leitura, sala de atividades (pintura, bordado, gesso, argila, tear, atividades manuais), sala de reunião, piscina, sauna, academia, sala de medicamentos, área de lazer e descanso médico e lavanderia terceirizada. Todas as oficinas são supervisionadas por um profissional responsável.

A clínica é conhecida internacionalmente e atende pacientes de lugares diversificados. Ela também oferece terapia familiar particular e terapia magnética transcraniana (estimulação magnética nos neurônios, quando a pessoa não responde aos medicamentos). A área de saúde é composta por 12 médicos psiquiatras, 1 médico neurocirurgião, 1 psicóloga e 1 interno.

Segundo informações obtidas junto a coordenadora da clínica, os casos mais comuns de busca, atualmente, são devido à depressão, tendo 5000 mil consultas no mês de março de 2019. Os pacientes em casos mais graves já atendidos são de crack, cocaína e maconha. Atualmente, a clínica abriga 15 pacientes.

Figura 12: Localização de cada espaço físico da clínica das Palmeiras.

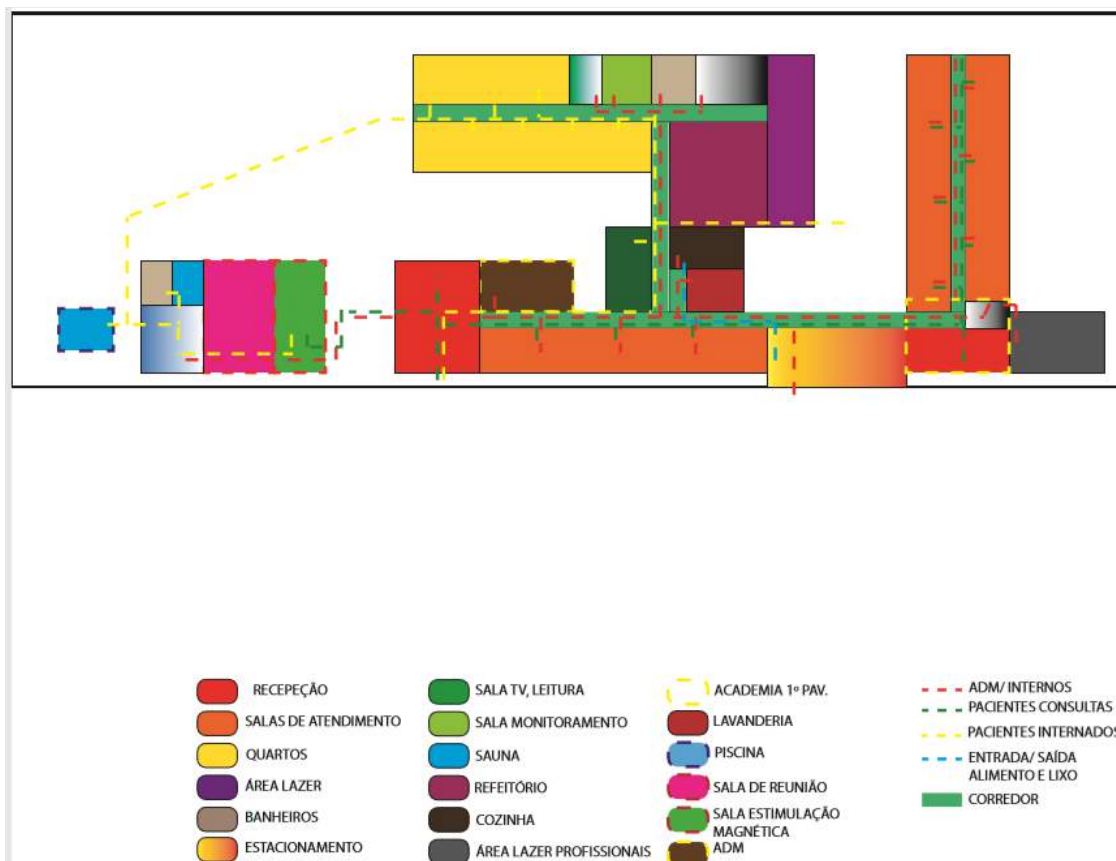


Foto: Levantamento visita técnica, 2019

4 CONCLUSÃO

No Brasil existem várias clínicas que operam na área de reabilitação de usuários de drogas, porém nem todas oferecem recursos necessários para o melhor atendimento, além de a sua concentração ser mais presente em cidades que apresentam densidade populacional maior ou em áreas com mais necessidade de atendimento médico à população.

Com as visitas técnicas realizadas foi possível concluir que as clínicas se complementam quando os serviços são unificados, porém quando isoladas se tornam ineficientes em certas funções.

Com todos os problemas levantados durante a elaboração da pesquisa relacionado à questão estrutural da edificação, notou-se também a falta de atividades que auxiliam na performance da reabilitação, relacionadas à arte e cultura, música, meios de expressão, além das políticas públicas governamentais e estaduais (quais são pouco aplicadas), há também a falta de recursos nos leitos hospitalares e centros de atendimentos (falta de divulgação e de conscientização) e a falta de estrutura para realizar todas as atividades, além disso quase todas as clínicas atendem praticamente somente o sexo masculino.

Desse modo, após a leitura, revisão bibliográfica, visitas técnicas realizadas, o projeto será embasado nas deficiências encontradas atualmente, trabalhando suas potencialidades e qualidades de maneira prioritária a segurança, acolhimento, bem-estar do paciente durante a internação na clínica, ofertando uma quantidade ampla de recursos possíveis para que permita uma reabilitação muito boa, prevendo uma baixa reincidência e uma reinserção social da melhor maneira.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Mariana Boff; RIBEIRO, Rosângela da Silva. **Reinserção Social: O direito de recomeçar**. CNM, Projeto financiado pela União Européia. Brasília, 2017.

BRASIL ESCOLA. **Composição do krokodil**. Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/drogas/krokodil.htm>> Acesso em: 10 de abril de 2019.

BRAZÃO, Suely Mendes. **Droga: Caminho para o nada**. 2. Ed. São Paulo, AM edições, 1987.

COMUNICA QUE MUDA. **Krokodil, a droga zumbi**. Disponível em: <<https://www.comunicaquemuda.com.br/krokodil-droga-zumbi/>> Acesso em: 10 de abril de 2019.

COST OF LIVING. **The warondrugs: A new era?** British Sociological Association. <<https://www.cost-of-living.net/medical-marijuana/>> Acesso em: 01 de março de 2019.

FARMACODEPENDENTE. **O humano ideal**. Disponível em: <<https://farmacodependente.wordpress.com/2013/03/19/humano-ideal/>> Acesso em: 1 de março de 2019.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Tráfico de drogas é motivo de 24% das prisões no país**. São Paulo. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2012/05/1089429-traffic-de-drogas-e-motivo-de-24-das-prisoas-do-pais.shtml>> Acesso em: 10 de janeiro de 2019.

GAZETA DO POVO. **Álcool é a droga que mais mata**. Curitiba. <<https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/alcool-e-a-droga-que-mais-mata-7yc7bbkxahmpcpte4r3oeyvri/>> Acesso em: 10 de janeiro de 2019.

GONÇALVES, Izabella Generoso; SANTOS, Adriana dos. **O consumo de álcool e suas implicações na condução de veículos automotores no Brasil: uma revisão**. Cruzeiro, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014.

GRAEFF, Frederico Guilherme. **Drogas psicotrópicas e seu modo de ação**. 2. Ed. São Paulo, EPU, 1989.

HOSPITAL SANTA MÔNICA. **Dependência Química: Entenda as causas, consequências e sintomas deste transtorno**. Disponível em: <<https://hospitalsantamonica.com.br/dependencia-quimica-entenda-as-causas-consequencias-e-sintomas-deste-transtorno/>> Acesso em: 25 de abril de 2019.

KIAUNOTICIAS. **Crak uma “doença” que continua a matar e elevar o crime em Jequitinhonha**. Disponível em: <<http://www.kiaunoticias.com/destaque/crack-uma-doenca-que-continua-a-matar-e-elevar-o-crime-no-vale-do-jequitinhonha>> Acesso em: 01 de março de 2019.

LEONARDO, João Batista. **Drogas: Perguntas e respostas 2. Ed.** Maringá, Associação de Lions Clubes Internacional, 1994.

MALBERGIER, André; AMARAL, Ricardo Abrantes do. **Dependência Química.** 2013. 14f. Curso de Capacitação – Universidade Federal do Maranhão, 2013.

NEW ATLAS. **A scientific assessment of the harmfulness of the 16 most commonly used drugs.** Disponível em: <<https://newatlas.com/the-most-harmful-drugs-in-common-usage/16811/>> Acesso em 25 de abril de 2019.

O GLOBO. **Drogas ficam mais potentes ao longo dos anos.** Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/drogas-ficaram-mais-potentes-ao-longo-dos-anos-11470862>> Acesso em: 25 de abril de 2019.

OLIVEIRA, Sergio Paulo de. **Inimigo público nº 1: A realidade das drogas em Foz do Iguaçu. 1ª. Ed.** Foz do Iguaçu, Nadai, 1999.

PORTAL EDUCAÇÃO. **A origem das drogas na história e seu surgimento no Brasil.** São Paulo. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/medicina/a-origem-das-drogas-na-historia-e-seu-surgimento-no-brasil/60298>> Acesso em: 26 de fevereiro de 2019.

POSSA, Terezinha; DURMAN, Solânia. **Processo de ressocialização de usuários de substâncias lícitas e ilícitas.** Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, 2007.

PREFEITURA DE MARINGÁ – SECRETÁRIA DE SAÚDE. **Notícias.** Maringá. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/saude/>> Acesso em: 04 de março de 2019.

REIS, Neilane Bertoni dos; BASTOS, Francisco Inacio Pinkusfeld Monteiro. **Pesquisa sobre o consumo de drogas no Brasil.** Senad.gov.br, 2017.

SUPER INTERESSANTE. **Drogas: 5 mil anos de viagem.** Disponível em: <<https://super.abril.com.br/ciencia/drogas-5-mil-anos-de-viagem/>> Acesso em: 26 de fevereiro de 2019.

TULLER, Nilton. **Por que um jovem entra nas drogas. 1ª. Ed.** Maringá, Ened, 1989/2000.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Relatório mundial sobre drogas 2018: Crise de opioides, abuso de medicamentos sob prescrição; cocaína e ópio atingem níveis recordes.** Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2018/06/relatorio-mundial-drogas-2018.html>> Acesso em: 10 de janeiro de 2019.