

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA FAMÍLIA, INTERAÇÃO SOCIAL E SAÚDE

PAULO DE TARSO MONTEIRO DE ALBUQUERQUE MELO

TESE DE DOUTORADO

**(RE)INSERÇÃO SOCIAL DE CONSUMIDORES DE CRACK:
PERCEPÇÃO DA AUTOEFICÁCIA E DO SUPORTE SOCIOFAMILIAR**

RECIFE, SETEMBRO DE 2019

PAULO DE TARSO MONTEIRO DE ALBUQUERQUE MELO

**(RE)INSERÇÃO SOCIAL DE CONSUMIDORES DE CRACK:
PERCEPÇÃO DA AUTOEFICÁCIA E DO SUPORTE SOCIOFAMILIAR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, na linha de pesquisa Família, Interação Social e Saúde, para a obtenção do grau de Doutor.

Orientadora: Prof(a). Dra. Suely de Melo Santana

RECIFE, SETEMBRO DE 2019

PAULO DE TARSO M. DE A. MELO

**(RE)INSERÇÃO SOCIAL DE CONSUMIDORES DE CRACK:
PERCEPÇÃO DA AUTOEFICÁCIA E DO SUPORTE SOCIOFAMILIAR**

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Suely de Melo Santana (Orientadora e Presidente da Banca)
Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

Prof^ª. Dr^ª. Margareth da Silva Oliveira (1^ª Titular Externa)
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS

Prof^ª. Dr^ª. Karen Priscila Del Rio Szupszynski (2^ª Titular Externa)
Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD

Prof^º. Dr. Marcus Túlio Caldas (1^ª Titular Interno)
Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

Prof^ª. Dr^ª. Cristina Maria de Souza Brito Dias (2^ª Titular Interna)
Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

RECIFE, SETEMBRO DE 2019.

Melo, P. T. M. A. (2019). (Re)inserção social de consumidores de crack: percepção da autoeficácia e do suporte sociofamiliar.

RESUMO

Tendo como premissa que o consumo excessivo de drogas, particularmente o de crack, pode provocar problemas graves pelo isolamento social, brigas, rompimento dos vínculos familiares, desemprego, entre outros conflitos, esforços são mantidos na tentativa de resgatar aspectos de direitos humanos básicos nos processos de vida desses indivíduos. Assim, muitas das ações de cuidado inserem em suas propostas terapêuticas a (re)inserção social como forma de contribuir para a superação desses problemas. O objetivo deste estudo foi investigar a percepção do consumidor de crack sobre a autoeficácia, o suporte sociofamiliar e sua (re)inserção social. A reflexão teórica teve por base a Teoria Social Cognitiva, assim como autores contemporâneos que contribuíram com o tema. O delineamento adotado foi misto e de corte transversal, sendo realizado inicialmente a fase quantitativa e, posteriormente, a qualitativa. Os dados foram coletados em dois centros de acolhimento intensivo de um programa socioassistencial em Pernambuco. Participaram da pesquisa 56 consumidores de crack do sexo masculino que atenderam aos critérios de inclusão durante a triagem que foi realizada por dois instrumentos: *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) e o Mini Exame do Estado Mental – MEEM. Para o trabalho de pesquisa foram utilizados os instrumentos: Escala ABIPEME, o Inventário de Percepção de Suporte Familiar – (IPSF), o Questionário de Suporte Social (SSQ), a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP) e uma pergunta disparadora sobre reinserção social. A análise dos resultados foi realizada em duas fases: a primeira - quantitativa, trouxe a caracterização do perfil socioeconômico dos 56 consumidores de crack, seguida da análise descritiva da percepção de suporte social, do suporte familiar e da autoeficácia. Em continuidade, a parte qualitativa, apresentou a análise de conteúdo temática, realizada a partir dos dados obtidos durante a entrevista com 45 desses consumidores de crack. A média de idade dos participantes foi de 32 anos (DP= 7,67), variando entre 18 e 53 anos. A maioria tinha como escolaridade o ensino fundamental completo (35,71%). Quase a totalidade dos consumidores estavam sem relacionamento fixo (89,29%) e a maioria (48,21%) vivia com pessoas que consideravam ser amigos ou colegas. Grande parte informou não ter religião (35,71%) e dos que informaram ter alguma religião, apenas 25% admitiram ser praticantes. Quanto

ao perfil socioeconômico, os participantes eram predominantemente da classe C (64,29%). Em termos de Suporte Social, a média geral de satisfação foi de 137,88 (DP= 23,64), indicando uma percepção de suporte médio-baixo. Já o escore total obtido no IPSF foi de 51,30 (DP= 15,15), indicando uma baixa percepção de suporte familiar. De modo contrário, na EAGP o escore médio da percepção de autoeficácia foi de 27,55 (DP=3,72), configurando-se numa percepção média-alta. Na análise qualitativa, foi possível refletir sobre uma percepção de reinserção social voltada para quatro núcleos de sentido, sendo eles: “trabalho, família e parar de usar droga”; “resgate da cidadania (direitos e deveres); “não acredita na reinserção social” e “a reinserção social depende da sociedade” (oportunidades). Neste estudo foi possível considerar a (re)inserção social em perspectiva, como em um espectro no qual pode ser entendida como o objetivo final, porém construída num contínuo de ações em prol de uma melhor qualidade de vida dos consumidores de crack. Como fruto dessa reflexão, espera-se que os achados aqui discutidos possam refinar a curiosidade dos profissionais pelo tema, ao mesmo tempo que contribua com importantes informações para a capacitação de quem atua na área.

Palavras-chave: Autoeficácia, crack (droga), família, reinserção social, suporte social.

Melo, P. T. M. A. (2019). Social re(insertion) of crack users: perception of the self-efficacy and family and society support.

ABSTRACT

Based on the premise that the excessive consumption of drugs, especially crack, can cause severe problems through social isolation, fights, rupture of family ties, unemployment, among other conflicts, the efforts are sustained in the attempt to rescue the aspects of basic human rights in the life processes of these people. Therefore, several of the care actions include in their therapeutical proposals the social (re)insertion as a way to contribute to overcoming these problems. The objective of this study was to investigate the perception of the crack user about self-efficacy, family and society support and their social (re)insertion. The theoretical reflection was based on the Social Cognitive Theory and on contemporary authors who contributed to the theme. The adopted outline was mixed and cross-sectional, initially performing the quantitative phase and, subsequently, the qualitative phase. The data was collected in two intensive accommodation centers of a social assistance program in Pernambuco. 56 male crack users who met the inclusion criteria during the screening conducted by two instruments participated in the survey. *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) and the Mini-Mental State Examination – MMSE. For the research, two instruments were used: ABIPEME scale, the Perception of Family Support Inventory - (IPSF), the Saranson's Social Support Questionnaire (SSQ), the General Self-Efficacy Scale (GSE) and a triggering question about social reinsertion. The analysis of the results was performed in two phases: the first - quantitative, brought the socioeconomic profile of the 56 crack users, followed by the descriptive analysis of the perception of social support, family support, and self-efficacy. In continuity, the qualitative part presented the thematic content analysis, performed from the data obtained during the interview with 45 among these crack users. The average age of the participants was 32 years old (SD = 7.67), ranging from 18 to 53 years. The majority had completed basic education (35.71%). Almost all users didn't have established relationship (89,29%) and the majority (48.21%) lived with people they considered to be friends or colleagues. Most of them reported that they had no religion (35.71%) and among those who reported having some religion, only 25% admitted being practitioner. Regarding the socioeconomic profile, the participants were predominantly from C class (64.29%). In terms of Social Support, the overall

satisfaction average was 137.88 (SD = 23.64), indicating a medium-low support perception. The total score obtained in the IPSF was 51,30 (SD = 15.15), indicating a low perception of family support. On the other hand, in EAGP, the average score of self-efficacy perception was 27,55 (SD = 3.72), consisting a medium-high perception. In the qualitative analysis, it was possible to think about a perception of social reinsertion focused on four meaning nuclei, namely: “work, family and stop using drugs”; “rescue of citizenship (rights and duties); “does not believe in social reinsertion” and “the social reinsertion depends on the society” (opportunities). In this study, we were able to consider the social (re)insertion in perspective as in a spectrum in which it can be understood as the final objective, but built in a continuum of actions in favor of a better quality of life of crack users. As a result of this reflection, we hope the findings discussed here can refine the curiosity of the professionals for the theme while contributing to important information for the training of those working in the field.

Keywords: Self-efficacy, crack (drug), family, social reinsertion, social support.

Melo, P. T. M. A. (2019). (Re)inserción social de los consumidores de crack: percepción de la autoeficacia y apoyo sociofamiliar.

RESUMEN

Partiendo de la premisa de que el consumo excesivo de drogas, en particular el crack, puede causar problemas graves por el aislamiento social, peleas, ruptura de lazos familiares, desempleo, entre otros conflictos, los esfuerzos son mantenidos para intentar rescatar aspectos de los derechos humanos básicos en los procesos de vida de esas personas. Así, muchas de las acciones asistenciales incluyen en sus propuestas terapéuticas la (re)inserción social como forma de contribuir para la superación de esos problemas. El objetivo de este estudio fue investigar la percepción del consumidor de crack sobre la autoeficacia, el apoyo sociofamiliar y su (re)inserción social. La reflexión teórica se basó en la Teoría Social Cognitiva, así como autores contemporáneos que contribuyeron al tema. El diseño adoptado fue mixto y de corte transversal, y se realizó inicialmente la fase cuantitativa y, posteriormente, la fase cualitativa. Los datos fueron recogidos en dos centros de acogida intensiva de un programa de asistencia social en Pernambuco. Participaron de la encuesta 56 usuarios masculinos de crack que cumplieron con los criterios de inclusión durante la selección que fue realizada por dos instrumentos: *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) y la Mini prueba del estado mental – MMSE. Para el trabajo de investigación, se utilizaron los instrumentos: Escala ABIPEME, el Inventario de Percepción de Soporte Familiar - (IPSF), el Cuestionario del Apoyo Social de Saranson (SSQ), la Escala de Autoeficacia General Percibida (EAGP) y una pregunta estimulante sobre la reinserción social. El análisis de los resultados se realizó en dos fases: la primera - cuantitativa, trajo la caracterización del perfil socioeconómico de 56 consumidores de crack, seguida del análisis descriptivo de la percepción del apoyo social, del apoyo familiar y de la autoeficacia. En continuación, la parte cualitativa presentó el análisis de contenido temático, realizado a partir de los datos obtenidos en la entrevista con 45 de esos consumidores de crack. La edad media de los participantes fue de 32 años ($SD = 7,67$), oscilando entre 18 y 53 años. La mayoría tenía como escolaridad la educación básica completa (35,71 %) Casi todos los consumidores no tenían una relación fija (89,29 %) y la mayoría (48,21 %) vivían con personas que consideraban amigos o colegas. La mayoría reportó no tener una religión (35,71 %) y de aquellos que reportaron tener una religión,

solo el 25 % admitió estar practicando. En cuanto al perfil socioeconómico, los participantes eran predominantemente de la clase C (64,29 %) En términos de Apoyo Social, el promedio general de satisfacción fue de 137,88 (SD = 23,64), lo que indica una percepción de soporte medio-bajo. La puntuación total obtenida en el IPSF fue 51,30 (SD = 15,15), lo que indica una baja percepción del apoyo familiar. Por otro lado, en el EAGP, la puntuación media de la autoeficacia fue de 27,55 (SD = 3,72), lo que constituye una percepción media-alta. En el análisis cuantitativo, se pudo reflexionar sobre una percepción de reinserción social centrada en cuatro núcleos de sentido, a saber: “trabajo, familia y dejar de consumir drogas”; “rescate de la ciudadanía (derechos y deberes); “no cree en la reinserción social” y “la reinserción social depende de la sociedad” (oportunidades). En este estudio se pudo considerar la (re)inserción social en perspectiva, como en un espectro en el que se puede entenderla como el objetivo final, pero construida en un continuo de acciones a favor de una mejor calidad de vida de los consumidores de crack. Como resultado de esta reflexión, se espera que los hallazgos aquí discutidos puedan refinar la curiosidad de los profesionales por el tema, a la vez que aporten importantes informaciones para la formación de quienes trabajan en el área.

Palabras clave: Autoeficacia; crack (droga), familia, reinserción social, apoyo social.

“O degrau de uma escada não serve simplesmente para que alguém permaneça em cima dele, destina-se a sustentar o pé de um homem pelo tempo suficiente para que ele coloque o outro um pouco mais alto”.

Thomas Huxley

DEDICATÓRIA

A minha família, DEUS e todas as pessoas que ajudaram no meu crescimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, a toda minha família que sempre me incentivou a alcançar caminhos cada vez mais distantes. Minha mãe (Enildes), meu pai (Paulo Silas), minha esposa (Bruna Caluête) e meus filhos (Felipe e Rafael) por todos estarem sempre juntos, me dando a força necessária para continuar.

Professora Dra. Suely de Melo Santana que considero uma excelente profissional, orientadora e, acima de tudo, uma amiga, sempre auxiliando de forma bastante criativa nas incontáveis dúvidas que surgiram durante a realização deste trabalho. Agradeço também à professora Cristina Brito Dias que sempre se mostrou disposta a me auxiliar quando tive dúvidas e também me ajudou em todo o processo de construção desta Tese.

Agradeço aos pesquisadores voluntários: Gilmara Santos S. Cavalcante, Luis Marcelo S. e Silva, Mayara Amorim V. A. Silva, Manuely Pereira de Albuquerque, Priscila de Holanda Neves e Suelen Basante F. Maciel, pelo esforço e dedicação.

A todos que fazem a pós-graduação da Universidade Católica de Pernambuco, por possibilitarem que a universidade seja referência em todo Brasil.

Aos meus amigos, colegas de trabalho e demais familiares, que sempre compreenderam a importância desse objetivo em minha vida.

Aos que fazem o Programa ATITUDE por ajudar e concordar em participar da pesquisa, bem como todos os entrevistados que se comprometeram a dar suas informações.

Finalmente, gostaria de agradecer a DEUS pela oportunidade de realizar esse sonho. E que venham muitos outros.

OBRIGADO.

LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

ABIPEME -	Associação Brasileira dos Instrumentos de Pesquisa de Mercado.
ABEAD -	Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas
AC -	Alfa de Cronbach
ASSIST -	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
ATTITUDE -	Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares
CAPSad -	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas
CC -	Confiabilidade Composta.
CEBRID -	Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas.
CNS -	Conselho Nacional de Saúde.
DP -	Desvio Padrão
EAGP -	Escala de Autoeficácia Geral Percebida
IPSF -	Inventário de Percepção do Suporte Familiar
INPAD -	Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas
MEEM -	Mini Exame do Estado Mental
OMS –	Organização mundial da saúde
ONU -	Organização das Nações Unidas
QSS -	Questionário de Suporte Social
SENAD -	Secretaria Nacional sobre Álcool e outras drogas
TSC -	Teoria Social Cognitiva
TUS -	Transtorno por uso de substâncias
UNDOC -	United Nation Office on Drugs an Crime.
WHO -	World Health Organization

SUMÁRIO

Banca examinadora	i
RESUMO.....	ii
ABSTRACT.....	iii
RESUMEN	iv
EPÍGRAFE.....	v
DEDICATÓRIA.....	vi
AGRADECIMENTOS.....	vii
Lista de siglas e abreviaturas	viii
SUMÁRIO	ix
INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I	
AS CONCEPÇÕES DE REINSERÇÃO SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS	
SOBRE DROGAS	17
CAPÍTULO II	
(RE)INSERÇÃO SOCIAL DE CONSUMIDORES DE CRACK: SABERES,	
PRÁTICAS E DESAFIOS.....	48
CAPÍTULO III	
MÉTODO	67
3.1 Delineamento do estudo	67
3.2 Participantes.....	67
3.3 Instrumentos.....	68
3.4 Procedimento de coleta de dados.....	73
3.5 Triagem	74
3.6 Coleta de dados	75
3.7 Procedimento de análise de dados.....	76
CAPÍTULO IV	
ANÁLISE DOS RESULTADOS	78
CAPÍTULO V	
DISCUSSÃO	93

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
REFERÊNCIAS.....	113
ANEXOS	132

INTRODUÇÃO

O assunto abordado foi fruto de um interesse pessoal evocado no decorrer da prática profissional e acadêmica. A experiência no atendimento aos indivíduos cuja problemática está relacionada ao consumo de drogas, bem como a pesquisa de dissertação de mestrado, que também se configurou nesta área de conhecimento, serviram de alicerce para o interesse em aprofundar estudos ligados a reinserção social. Essa temática apareceu enquanto um grande desafio observado na prática profissional, principalmente em serviços que lidavam com indivíduos que consumiam crack e outras drogas.

O consumo de drogas pode ser considerado um fenômeno civilizatório (Abreu & Malvasi, 2011), por ter estado presente ao longo da história humana, porém, as características se modificaram bastante nas últimas décadas. O que se vê nos dias de hoje é um consumo com padrões compulsivos, favorecendo a instauração de quadros graves de saúde, dentre eles, os transtornos por uso de substâncias. Tais alterações tem levando a Organização Mundial de Saúde a caracterizar o consumo de drogas como um problema de saúde pública (Brasil, 2009; Machado, 2010; Unodc, 2010; Horta et al., 2016a).

No estudo de Bastos e Bertoni (2014), mesmo retirando a maconha de suas análises, estimou-se que há um milhão de usuários de drogas ilícitas em geral e que usuários de crack e/ou similares correspondem a 35% dos consumidores de drogas nas capitais do país. Outro dado importante aponta que o Brasil é o segundo maior consumidor das diferentes formas de cocaína, ficando atrás apenas dos Estados Unidos (Inpad, 2012), indicando a necessidade de maiores pesquisas nesta área.

Tendo como premissa que o consumo excessivo de drogas, particularmente o de crack, pode provocar problemas graves, pelo isolamento social, brigas, rompimento dos

vínculos familiares, desemprego, entre outros conflitos, esforços são mantidos na tentativa de recuperar, resgatar e retomar os processos de vida desses indivíduos. Assim, a sociedade em geral, bem como os profissionais que lidam com essa demanda, tendem a perceber o consumidor de crack como uma pessoa “à margem” da sociedade (Barroso, 2013), e assim, muitos tratamentos e as ações de cuidado, inserem em suas propostas terapêuticas a reinserção social como forma de contribuir para a superação desses problemas.

Schneider, Limberger, Novello e Andretta (2016) citam que fatores como o apoio social e familiar, bem como aspectos como possuir uma moradia, ter uma melhora da gestão financeira e retomar o emprego, foram apontados como fundamentais no processo de reinserção social de consumidores de substâncias, incluindo o crack, conforme um estudo (Duffy & Baldwin, 2013) realizado no Reino Unido. Apesar dessa relevância, principalmente no Brasil, existem poucos estudos acerca da reinserção social do consumidor de crack, existindo um predomínio do interesse na avaliação de resultados de curto prazo, o que aumenta a importância de evidências nas ações propostas a esta população.

O termo “reinserção social” na área que trata de problemas relacionados ao consumo de drogas é bastante difundido, porém, na prática, ainda há uma grande dificuldade de se estabelecer intervenções que possam materializar esses resultados (Barroso, 2013). A implementação de ações que visam a reinserção social desses indivíduos, deve levar em consideração contextos complexos, que trazem consigo outras definições pertinentes como, por exemplo, a própria noção de exclusão social. Nesta complexidade se insere a relevância de se investigar, a partir da perspectiva dos próprios consumidores de crack, a percepção de autoeficácia, do suporte sociofamiliar e da própria

reinserção social. Essa concepção vem no mesmo sentido de alguns estudos na área, que apontam a família e o contexto em que o indivíduo vive como vertentes muito presentes na prevenção e nas intervenções ligadas às pessoas que consomem drogas (Bandura, Caprara, Barbarelli, Gerbino, & Pastorelli, 2003; Schenker & Minayo, 2004; Pinho, Oliveira, & Almeida, 2008; Caprara & Barbaranelli, 2011; Guimarães & Aleluia, 2012; Ferreira, Bakos, & Habigzang, 2015).

Para a análise dessas percepções, adota-se teoricamente nesta tese os estudos contemporâneos na área, bem como os construtos da Teoria Social Cognitiva - TSC (Bandura, 1986). Esse último referencial teórico adota a perspectiva de sujeito agente, ou seja, considera que o sujeito influencia intencionalmente o funcionamento e as circunstâncias de sua vida. Bandura escreve que os sujeitos formam intenções que incluem planos e estratégias de ação para realizá-las, criam objetivos para si mesmos e antecipam os resultados prováveis de suas ações. O autor versa que a teoria social cognitiva considera a agência pessoal e a estrutura social como assuntos conectados e influenciados de modo recíproco (Bandura, 1986; 2001), por isso esse referencial se apresenta adequado ao estudo de constructos como o suporte familiar, social e da autoeficácia.

No contexto individual, a autoeficácia, que é um conceito central da TSC (Bandura, 1986; 2000; 2001; 2003), é definida como a crença do indivíduo e suas capacidades de reunir recursos cognitivos, motivacionais, afetivos e comportamentais necessários para alcançar um objetivo, lidar com uma determinada situação ou desempenhar uma tarefa. Assim, de acordo com a TSC, a autoeficácia atua como um mecanismo regulador da ação humana, influenciando a capacidade de estabelecer metas, executar planos de ação, tomar decisões e autoavaliar o comportamento. A autoeficácia

também pode influenciar o grau de esforço e persistência na busca de um objetivo e nas expectativas de resultado (Bandura, 1986; 2000; 2001; Santana, 2009; Ferreira et al., 2015), questões essas que são vistas como essenciais no processo de reinserção social (Bandura, 1986; 2000; 2001; Azzy & Polydoro, 2006; Pajares, 2008; Wallauer, Luna, & Costa, 2010; Ferreira et al. 2015).

Outro fator importante que pode ajudar nos processos de reinserção, está ligado ao suporte familiar. Sendo a família o primeiro núcleo social, quando esse suporte não se estabelece de forma efetiva, pode levar os indivíduos a buscarem relações de “apoio” nos grupos mais próximos, (Stanton & Todd, 1982; Ardelit & Eccles, 2001; Bandura, 2001; Schenker & Minayo, 2004; Roehrs, Lenardt, & Maftum, 2008; Formiga, 2011; Guimarães & Aleluia, 2012) dando espaço para outras influências extrafamiliares. Ao refletir sobre a eficácia familiar no suporte ao seu membro, pode-se citar alguns trabalhos (Gross, Fogg, & Tucker, 1995; Bandura et al., 2003; Santana, 2009) baseados na TSC. Esses estudos referem que uma elevada autoeficácia familiar favorece o desenvolvimento saudável e auxilia seus membros no enfrentamento das situações de risco, tornando-os mais aptos a resistirem às pressões sociais para consumirem drogas ou adotarem outras condutas de risco.

Outro fato relevante diz respeito à observação de que as crenças e os padrões culturais contemporâneos no mundo ocidental, estimulam o uso de substâncias psicoativas, principalmente o álcool e o tabaco (drogas lícitas). Neste sentido, o ambiente familiar seria o *locus* privilegiado para compartilhar crenças e valores que estimulam práticas mais saudáveis e adaptativas (Roehrs et al., 2008; Schenker & Minayo, 2004).

Ter a família como um fator protetivo pode fazer com que o indivíduo evite entrar em contato com as drogas lícitas, sendo elas, na maioria dos casos, porta de entrada para

outras drogas (ilícitas). Outro fato levado em consideração, é que quanto mais cedo se dá o início do consumo de substâncias psicoativas, mais vulnerável fica o indivíduo para “escalar” para as drogas e/ou comportamentos que tragam maior prejuízo (Sanchez & Nappo, 2002; Nappo, Sanchez & Ribeiro 2012; Ribeiro, Duailibi, Perrenoud, & Sola, 2012). Tal reflexão torna-se importante, principalmente porque muitas pessoas, também por iniciar o consumo de drogas precocemente, acabam experimentando e, por vezes, tornando-se consumidores abusivos de mais de uma droga, e quando isso ocorre, no mesmo período, essas pessoas passam a ser poliusuárias (Noto et al., 2003).

Já o suporte social, outra dimensão estudada na presente pesquisa, ganha importância na TSC, pois Bandura (1986; 2001) defende que parte do comportamento humano é aprendido por meio da modelação social. Assim, a interação do indivíduo com sua família e com o seu contexto social é uma variável de suma importância. Deste modo, esses sistemas estariam atrelados ao “determinismo recíproco”, que remete a um modelo no qual os “fatores pessoais internos, na forma de eventos cognitivos, afetivos e biológicos, padrões comportamentais e influências ambientais, atuam como determinantes que interagem e se influenciam mutuamente de forma bidirecional” (Bandura, 2001, p.15).

As pesquisas sobre a ação humana têm-se centrado, quase exclusivamente, na autoeficácia individual, assim como na agência humana, que, conforme Bandura (2001, p.6), “se caracteriza pela consciência e intencionalidade com a qual o homem funciona em seu contexto e circunstância de vida”. No entanto, os membros da família e do núcleo social também influenciam e são influenciados neste contexto, permitindo que a TSC amplie o conceito de agência humana do individual para o coletivo (Bandura, 2000; Caprara & Barbaranelli, 2011). Essa interação entre o indivíduo e seu ambiente ganha

conceitos bem estruturados na TSC, tendo em vista que “as pessoas são, em parte, produtos dos ambientes em que vivem, mas, ao selecionar, criar e transformar suas circunstâncias ambientais, elas também produzem ambientes” (Bandura, 2000, p. 75).

Estudar a percepção do suporte familiar, social e das crenças de autoeficácia, pode ajudar na melhor compreensão dos aspectos ligados ao que cada indivíduo entende ser importante na construção de novas possibilidades em sua vida, essas questões estão intrinsicamente ligadas aos processos de reinserção social. Contudo, para que a função da reinserção social seja possível na atenção as pessoas que consomem drogas, sobretudo o crack, são necessárias discussões sobre as “variáveis reais”, ou seja, o serviço que tenta promover essa reinserção; os processos metodológicos que atravessam esse objetivo; os recursos disponíveis; humanos, comunitários e materiais, o contexto em que o indivíduo é acometido e a questão central, que trata da definição do que é reinserção social para cada indivíduo (Pinho et al., 2008).

Outro fator importante a salientar é a interpretação que se dá a terminologia “reinserção social”. Quando esse termo não é problematizado e refletido no âmbito de suas possíveis definições, pode dar margem à ideia de restauração de uma condição original, fenômeno não possível de ser realizado. Sobre esse assunto Sales e Figlie, (2011, p.272) comentam:

“No campo da dependência química, embora se saiba que a trajetória de estabilização seja longa e marcada pela necessidade de múltiplos resgates, também não se trata de realizar a volta a uma suposta condição original, mas de seguir adiante em um percurso marcado pela busca de novas e dignas formas de viver, com as limitações e possibilidades inerentes a toda condição de vida”.

Nesse sentido, ao falar de reinserção, pode-se refletir que também é necessário levar em consideração o termo “inserção”, já que muitos indivíduos almejam a aquisição

de "novos" comportamentos e a construção de "novos" lugares sociais. Deste modo, a presente tese opta por utilizar o termo “(re)inserção”, no intuito de abarcar tanto os processos de inserção (novos papéis sociais) como os de reinserção social propriamente ditos.

Outro termo aqui utilizado, diz respeito ao “Transtorno por Uso de Substâncias” (TUS). Na mais recente versão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), o TUS pode ser compreendido em termos de sua intensidade por leve, moderado ou grave e define o conjunto de sintomas do diagnóstico que, em versões anteriores, era caracterizado como dependência química.

Por fim, vale refletir que os aspectos ligados a (re)inserção social de consumidores de crack e outras drogas, traz consigo uma condição complexa, que na maioria das vezes não poderá ser respondida com processos simples e de pouca profundidade. Assim, o que se busca, é uma interação dos aspectos teóricos e práticos, na tentativa de transformar essas reflexões em ações pragmáticas e de efetividade, pois como aponta Bandura (2001), uma teoria não deve ser só explicativa, mas proporcionar alguma melhora social.

Diante do que foi discutido, o objetivo deste estudo foi investigar a percepção do consumidor de crack sobre a autoeficácia, o suporte sociofamiliar e sua (re)inserção social. Para tanto, o capítulo I realiza um estudo das concepções de (re)inserção social nas políticas públicas sobre drogas; o capítulo II busca refletir sobre os saberes, práticas e desafios da (re)inserção social dos consumidores de drogas; o capítulo III apresenta o método da pesquisa; o capítulo IV os resultados e por fim, o capítulo V apresenta a discussão sobre os resultados.

CAPÍTULO I

AS CONCEPÇÕES DE REINserÇÃO SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Esforços em criar estratégias que possam melhorar a qualidade de vida das pessoas que apresentam problemas relativos ao consumo de drogas, apesar de extremamente necessários, continuam ocorrendo de forma lenta e pouco articulada (Unodc, 2013). Costa, Rozani e Colugnati (2017) comentam que no Brasil, houve, e talvez ainda há, uma grande lacuna no que diz respeito a atenção das pessoas que consomem crack e outras drogas. Assim, pensar as concepções de reinserção social nas políticas sobre drogas, nos remete ao estudo de como se deu a construção dos aspectos normativos que embasam o que hoje são os serviços de referência para atender essa demanda.

A partir da década de 1920, foi um período influenciado por convenções e tratados mundiais, bem como a implementação de contextos jurídicos-institucionais que fomentavam a proibição da produção, comércio e consumo de drogas. Desse tempo até aproximadamente a década de 70, a forma de lidar com as pessoas que consumiam drogas estava mais ligada a questões higienistas e segregadoras. A partir da década de 70, o olhar voltado para os cuidados aos consumidores de drogas vem à baila, no início sendo agregado ao saber da psiquiatria, porém, de modo também reforçador da “exclusão”, pois os consumidores de drogas ainda eram vistos como criminosos ou doentes mentais (Costa, Rozani, & Colugnati, 2017).

Esse cenário reforçador de exclusões pode ser apontado como um dos fatores balizadores para a lacuna assistencial à essa população, dando margem ao surgimento de outras práticas, que, se não exercidas de forma ética e responsável, acabavam por reforçar

o isolamento social e o estigma (Costa et al., 2017; Pinho et al., 2008). No final da década de 1980, o discurso da saúde adentra a questão de maneira mais enérgica, isso ao acompanhar um novo momento do país que caminhava para uma estruturação mais organizada do Estado Democrático, em que o SUS e as contribuições das reformas Sanitária e Psiquiátrica emergiam como suporte (Costa et al., 2017).

Em 1986, período do auge da discussão acerca da reforma psiquiátrica no Brasil, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujo relatório final propunha a criação de um sistema de saúde universal, público e gratuito, que teria na participação da sociedade um de seus princípios fundamentais (Schneider et al., 2016). *A posteriori*, com a Constituição Federal de 1988, inclui-se, no âmbito da saúde, o atendimento integral, universal e a participação social. É neste contexto que surge a discussão acerca da necessidade de reabilitação psicossocial, como base para os principais ideais de promoção de autonomia e inserção de pacientes com psicopatologias mentais, sendo mais à frente ampliado esse conceito para as discussões também referentes a reinserção social dos consumidores de drogas (Schneider et al., 2016).

Deste modo, para interpelar a lacuna de vários anos de precariedade na área, todo esse processo seria o embrião de uma nova política pública, que no início dos anos 2000 agregaria tópicos como a segurança, saúde e ações correlatas que pudessem minimizar os problemas relativos ao consumo de drogas. A partir da Lei 10.216/01, marco legal da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o Ministério da Saúde formulou uma Política Nacional Específica para Álcool e outras Drogas, que assume o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os consumidores de drogas. Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) e as políticas embasadas na redução de danos, passaram a ser

considerados como principais estratégias de prevenção, promoção da saúde e tratamento (Pinho et al., 2008).

Nesse seguimento foram criados outros instrumentos político-legais como: a Política de Atenção Integral aos Usuários de Drogas (Paiuad) do Ministério da Saúde; a Política nacional sobre drogas (PNAD) da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); a lei nº 11.343/2006 e a portaria nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas (Costa et al., 2017). Esta última portaria citada instituiu os componentes desta rede, chamados de Pontos de Atenção. Esses Pontos de Atenção se referem à atenção básica em saúde, à atenção psicossocial estratégica, à atenção residencial de caráter transitório, às unidades de acolhimento e à atenção hospitalar (Brasil, 2011; Schneider et al., 2016).

Todavia, um último decreto nº 9.761 expedido em 11 de abril de 2019, revogou o decreto nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, aprovando a mais recente Política Nacional sobre Drogas (PNAD), que trouxe algumas mudanças com relação ao paradigma da política. O atual decreto aponta para ações de base que visam a abstinência dos consumidores de drogas (Brasil, 2019) promovendo mudanças na até então política baseada na redução de danos, vista por muitos com um viés “antiproibicionista”. A mudança de concepção da nova PNAD foi um dos alicerces para a aprovação da lei 13.840/19, publicada em 06 de junho de 2019, que preconiza mudanças com relação a até então lei de drogas (11.343/2006). Dentre essas mudanças, a entrada das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras como equipamentos que podem fazer parte da assistência aos consumidores de drogas, inclusive podendo receber recursos do poder público (Brasil, 2019), trouxe inúmeras discussões.

Particularmente, pode-se refletir que esse movimento de intensas mudanças pode ser atribuído à alguns problemas no caminho da reforma psiquiátrica do Brasil. A radicalização da luta contra ultrapassados manicômios levou a quase uma extinção dos leitos psiquiátricos, sem a simultânea adequação da rede e dos serviços “substitutivos”, como os CAPSad, para suprir essa demanda. Entre 2002 e 2014, foram extintos mais de 25 mil leitos psiquiátricos em todo território nacional, esse fato trouxe consigo uma ideia equivocada de que doenças psiquiátricas não necessitariam de internação. A forma incisiva e não planejada de fechamentos de leitos pode ter agravado a crise na saúde mental, principalmente quando se leva em consideração pessoas com transtornos graves por uso de substâncias psicoativas, já que as instituições atuais de tratamento e cuidado para esses casos não conseguem atender à crescente demanda (Abead, 2019).

Torna-se válido comentar que, fugindo do campo teórico, em que se postulava a necessidade de diferentes níveis de cuidados com várias modalidades de atenção para as pessoas que consomem drogas, na prática, a política sobre drogas no Brasil enveredou por um caminho de investir, quase que exclusivamente, na expansão da rede CAPSad. Porém alguns estudos (Costa et al., 2017; Pinho et al., 2008) apontam que, atualmente, existem um número desses serviços bem aquém do necessário funcionando em todo o país.

Por sua vez, os CAPSad possuem modalidades de tratamento que visam a desinstitucionalização dos indivíduos, através da articulação com a rede “territorial”, porém, na prática, sua forma de intervenção se volta para pessoas que tenham alguma motivação e que não apresentam alto nível de comprometimento pelo uso de substâncias (Zanatta, Garghetti, & Lucca, 2012). Deste modo, em contraponto a isso, pode-se dizer que as pessoas que apresentam transtorno por uso de crack, possuem, na maioria das

vezes, uma motivação considerada baixa para o tratamento e os comprometimentos pelo consumo, sejam eles clínicos (Sayago, Santos, Horta, & Oliveira, 2012), cognitivos (Rodrigues et al., 2017) ou sociais (Ganev & Lima, 2011; Paiva, Ferreira, Martins, Barros, & Ronzani, 2014; Schneider et al., 2016) já estão em níveis bastante avançados.

Schneider et al. (2016, p.43) comentam que “a simples desinstitucionalização dos indivíduos não prediz a aceitação social dos mesmos”, levando a crer que os serviços que lidam com essa demanda, necessitam implementar ações mais complexas e efetivas, visando uma (re)inserção social mais próxima do que cada indivíduo almeja e necessita. Assim, pensar no CAPSad como o único serviço ideal para acolher essa demanda de maior gravidade, nos moldes atuais, torna-se difícil, pois nota-se uma dificuldade na realização de intervenções que contemplem as reais necessidades dessa população que consome crack.

Tendo em vista que a rede de atenção aos consumidores de crack e outras drogas na saúde é vista como insuficiente para atender uma demanda cada vez mais crescente, pode-se refletir sobre a necessidade de implementação de serviços em outras áreas, como programas de cuidado e acolhimento de usuários de drogas na assistência social, bem como um novo foco nas comunidades terapêuticas (Gomes, 2010). Com relação as Comunidades Terapêuticas (CTs), pode-se dizer que, por muito tempo, foram vistas como “retrocesso”, sendo ambientes de exclusão e mantenedor do modelo psiquiátrico clássico de isolamento. Segundo Pitta (2011), um dos principais questionamentos contra esse modelo diz respeito a exigência da abstinência total como condição para o tratamento, sendo entendido por alguns profissionais enquanto uma abordagem “proibicionista”.

O afastamento da sociedade e da família durante o período de internamento em algumas CTs, com apenas visitas mensais de alguns membros, também é muito

questionado. Além desses fatos, as contundentes críticas ganham força quando se leva em consideração à influência religiosa desses locais, sendo apontado por alguns profissionais como parte de um modelo moralista e sem embasamento científico (Scaduto, Barbieri, & Santos, 2014; Schneider et al., 2016). Apesar desses argumentos, opiniões à favor de internações/acolhimentos em CTs também são bem comuns, levando em consideração que alguns consumidores de crack e muitos profissionais da área, referem que as CTs se configuram como uma das escassas formas da população em questão conseguir aderir ao tratamento e se (re)inserir socialmente (Bessa, 2012; Schneider et al., 2016).

De Leon (2012) aponta que a comunidade terapêutica (CT) tem construído uma eficiente abordagem na atenção ao transtorno por uso de substâncias (TUS) e de problemas da vida vinculados a esse transtorno. Entretanto, para que se consiga entender melhor os modelos desse tipo de serviço e seus modos de funcionamento, torna-se importante refletir que a CT é fundamentalmente uma abordagem de “autoajuda”, desenvolvida primordialmente fora das práticas psiquiátricas, psicológicas e médicas tradicionais. Essas questões podem embasar e/ou explicar por que recebe tantas críticas, principalmente de quem trabalha nos moldes tecnicistas.

Esse autor supracitado indica que muitas vezes isso decorre de informações insuficientes. Ele refere que dada a história de abordagem de tratamento não-convencional, “alternativo”, há uma necessidade particular de retratar com precisão a CT como recurso eficaz, seguro e digno de crédito. Um relato explícito da perspectiva, das bases, dos princípios e métodos que sustentam a abordagem da CT, pode ajudar a corrigir algumas dessas concepções errôneas e proporcionar um quadro mais equilibrado do lugar da CT na gama de serviços humanos (De Leon, 2012).

Autores como Costa (2001) e De Leon (2012), explicam que a abordagem básica da CT se baseia no tratamento da pessoa inteira por meio do uso da comunidade de companheiros, ampliada pela inclusão de inúmeros serviços adicionais vinculados à família, educação, trabalho, formação vocacional e a saúde. Todavia, o que se enxerga nos dias de hoje é o crescente aumento dos profissionais de saúde, assistência social e de educação atuando ao lado de “paraprofissionais” recuperados, fato que pode confundir o entendimento das bases terapêuticas que são aplicadas nessas instituições.

Com as atuais mudanças nas leis e no direcionamento das políticas sobre drogas no Brasil, um intenso debate sobre as estratégias que podem embasar as intervenções aos consumidores de drogas vem ganhando força. Argumentos que separam a abstinência e a redução de danos (RD), colocando essas concepções como antagônicas, vão de encontro ao que de fato preconizam estudiosos na área. Marlatt (1999) aponta que nas estratégias interventivas com os consumidores de drogas, qualquer passo no sentido do menor risco/dano pode ser considerado como positivo, mas ainda considerando a abstinência (cessar o consumo) como um resultado ideal.

Deste modo, a estratégia de RD e a concepção da abstinência são processos que se complementam e por vezes podem fazer parte do mesmo projeto terapêutico, tendo em vista que nenhum projeto é estático. Porém a discussão acerca da RD no Brasil, pode ter ganho conceitos que extrapolam a noção de estratégia, sendo considerada por alguns como um “paradigma antiproibicionista” tido por muitos como necessário para embasar toda uma política sobre drogas (Machado & Boarini, 2013; Silva, 2014).

A Redução de Danos no Brasil

Alguns consensos na comunidade científica apontam que o início da RD no Brasil se deu em 1989, na cidade de Santos, no Estado de São Paulo, onde se concentrava grande parte dos casos de AIDS decorrentes do uso de drogas injetáveis. As primeiras iniciativas foram balizadas na implementação de programas de distribuição de seringas aos consumidores de drogas injetáveis. Essas ações provocaram polêmicas e resistências, sob a alegação de facilitar o consumo de drogas e de elevar gastos indevidos do dinheiro público (Brasil, 2009; Machado & Boarini, 2013).

A falta de clareza sobre a magnitude do problema e a situação crescente da epidemia denunciava a incipiência dos serviços de saúde mental, o que contribuiu para uma reflexão sobre as reais necessidades dessa população. Nesses termos, a estratégia de RD foi definida como uma maneira possível de se/ abordar o consumidor de drogas, descentrando o foco da abstinência como única alternativa e privilegiando o direito à saúde e o respeito à liberdade individual daqueles que não conseguiam interromper o consumo da droga (Machado & Boarini, 2013).

No início dos anos 2000, o governo brasileiro, por intermédio de representantes dos ministérios da Saúde, da Justiça e da então Secretaria Nacional Antidrogas, implementaram esforços na tentativa de regulamentar as ações de redução de danos, partindo da elaboração de um decreto, cujo objetivo era a criação da Política Nacional de Redução de Danos. A repercussão da proposta foi imediata, suscitando polêmica entre os grupos que não reconheciam a aplicabilidade de tais ações como ferramenta eficaz de intervenção de saúde pública ou questionavam sua legalidade, tendo em vista a interpretação dos artigos 12 e 13 da então Lei de Entorpecentes (Lei 6.368/1976). Todavia, a redução de danos ganha visibilidade por meio da política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e de outras drogas e trouxe com ela

críticas ao ideal de abstinência e às políticas tidas como “proibicionistas” (Machado & Boarini, 2013).

Em 2005 foi instituída a portaria de nº 1.028, DE 1º de julho de 2005, que determinou as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Essa portaria foi, em 2006, ratificada pela lei 11.343/2006 que embasou as políticas sobre drogas nas ações de redução de danos (Machado & Boarini, 2013). Deste modo, se tentou instituir políticas sociais que reconheçam a legitimidade dos mais variados modos de vida e veio colocar a RD como uma ação que se manteve na contramão de políticas punitivas às pessoas que, por uma série de motivos, tinham comportamentos vistos como “não-aceitos” pela sociedade.

Todavia, em termos conceituais, Marlatt, (1999; 2009) aponta que a RD estabelece “metas” mais pragmáticas e isentas de julgamento de valor para minorar os riscos e danos aos indivíduos e a sociedade em geral. Niel e Silveira (2008) referem que, em termos práticos, a RD engloba um conjunto de estratégias dirigidas às pessoas que não conseguem ou não querem parar de consumir drogas. Estas estratégias têm por objetivo reduzir as consequências negativas que o uso de drogas pode ocasionar. Nesse sentido, deve-se levar em consideração que a relação dos indivíduos com algumas drogas, como por exemplo o crack, pode estar atrelada a intensos riscos e danos, assim, a estratégia de RD, que propõe uma moderação do consumo ou mesmo a diminuição dos riscos associados, também pode representar um resultado bastante favorável, até que se chegue em resultados mais promissores na vida dessas pessoas.

Segundo Fontes e Figlie (2004), embora os tratamentos para os transtornos por uso de substâncias tenham passado por tentativas de aprimoramento, a maioria deles,

mesmo que não oficialmente, ainda levam em consideração a abstinência como melhor resultado. Porém, tal fato não deve fazer com que aquelas pessoas que não querem ou mesmo não conseguem ficar abstinentes sejam excluídas da possibilidade de um tratamento ou acolhimento adequado. Para esse subgrupo, a RD pode ajudar no objetivo de um consumo menos danoso ao indivíduo e a sociedade, porém sendo vista como uma estratégia possível até que se chegue em uma meta principal. Deste modo, o resultado mais valorizado em um programa efetivo de RD continua sendo cessar o consumo, pois a abstinência pode eliminar possíveis riscos e os danos associados a essa prática.

Ainda que a estratégia de RD tenha conseguido legitimar-se nas políticas brasileiras sobre drogas, torna-se válido refletir que os programas de troca de seringas não são mais hegemônicos, uma vez que as drogas injetáveis deram espaço a uma gama de outras drogas usadas de diferentes formas, que exigem, por isso mesmo, novas estratégias e adequação das intervenções à essas outras práticas (Machado & Boarini, 2013). Por conta dessa complexidade, a então política de RD veio sofrendo inúmeras críticas. Silva (2014), por exemplo, refere que no Brasil a estratégia da RD foi transformada em um “paradigma”, um conceito ideológico que pode ser confundido com uma “onda” pró-legalização (principalmente da maconha). Refere que nessa “distorção” também é vista uma ausência de parâmetros de prevenção universal, no intuito de buscar evitar ou retardar o consumo precoce de drogas.

Diante dessas críticas, bem como na ausência de resultados efetivos das políticas brasileiras sobre drogas nos últimos anos, mudanças estão sendo propostas, segundo os governantes, no intuito de fornecer mais possibilidades de intervenções para ajudar os consumidores de drogas e seus familiares (Abead, 2019). Particularmente, pensar a RD como um “paradigma” e não uma intervenção possível, pode inclusive gerar nos

profissionais da área um sentimento de desmotivação e despreparo, levando em consideração que essa visão pode estar mais atrelada a um *afam* ideológico, do que uma premissa técnica que busque resultados efetivos de (re)inserção social, principalmente de consumidores de crack que apresentam transtornos graves (Silva, 2014).

Diante do exposto, pensar a (re)inserção social de consumidores de crack utilizando a RD enquanto “paradigma ideológico”, perpassa por uma reflexão crítica e contumaz sobre as reais possibilidades de êxito. Parafraseando uma citação que Silva (2010, p. 01) expôs em um documento do Tribunal de Justiça do Mato Grosso, em que fez uma transcrição integral de Cavalcanti (2007) no Seminário “Juventude Hoje”, realizado em Recife, no dia 21 de novembro de 2007, pode-se refletir:

“Os operários de uma fábrica procuram a direção para reivindicar. Dizem que os operários estão morrendo em razão das condições insalubres de trabalho e que a fábrica polui o ambiente. Porém, no lugar de se bater contra o patrão, pedir condições de trabalho respiráveis, e respeito com a saúde do trabalhador, solicitam unicamente máscaras para impedir que eles absorvam a fumaça tóxica. Isto é o papel da Redução de Danos. Impede que as questões centrais sejam enfrentadas e se contenta com usar máscaras para impedir que a pessoa morra mais cedo”.

Cuidado e (Re)inserção Social no Programa ATITUDE

Ainda há poucos relatos sobre como o crack chegou ao Brasil e as poucas informações que se tem são geralmente provenientes da imprensa ou de órgãos policiais. Estudos na área (Bessa, 2012; Perrenoud & Ribeiro, 2012) apontam que as apreensões de crack realizadas pela Polícia Federal se iniciaram a partir dos anos de 1990, aumentando 166 vezes no período de 1993 a 1997. Diante desses relatos, surgem informações de que o aparecimento do crack no Brasil estava ligado a bairros paulistas da zona leste como:

São Mateus, Cidade de Tiradentes e Itaim Paulista, para em seguida alcançar a Estação da Luz, conhecida como “Cracolândia”, no centro da cidade.

Segundo Perrenoud e Ribeiro (2012) os levantamentos epidemiológicos com pessoas em situação de rua não apontavam o consumo desta droga antes de 1989. Já em 1993, o consumo na vida que era de 36%, passou a 46% em 1997. Neste período os ambulatórios especializados passaram a sentir o impacto deste consumo. A crença que o crack poderia ser uma droga “mais segura”, fez com que os adeptos de drogas injetáveis abandonassem esta via de administração, com receio da contaminação pelo HIV, escolhendo o crack como alternativa.

Outro fator preponderante para o grande aumento no consumo de crack, segundo Perrenoud e Ribeiro (2012) e Saporì e Sena (2012), foi a atração pelos preços reduzidos e os efeitos fortemente intensos, seduzindo os que buscavam estas sensações. O II levantamento de álcool e outras drogas (Inpad, 2012) corroboram a afirmação e ressaltam que o intenso prazer, o baixo custo da droga e a falta de políticas públicas nas esferas sociais e de saúde, fizeram do Brasil um país com intenso consumo dessa droga.

Um estudo mais recente (Bastos & Bertolini, 2014) apontou que existem aproximadamente 370 mil consumidores de crack e similares nas capitais brasileiras. Apesar da falta de precisão de dados no que se refere ao uso de crack em Pernambuco, foi identificado a necessidade de implementar ações de prevenção e cuidado para essas pessoas que consomem esse tipo de droga. Entende-se que os cuidados aos usuários de crack demandam arranjos complexos de rede, que exige a estruturação de novos serviços/dispositivos e modalidades de atendimento no âmbito das políticas públicas. O Governo de Pernambuco, diante desse cenário, e através da então Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos – SEDSDH em 2011, implementou ações

articuladas e integradas direcionadas as situações de vulnerabilidade e risco social dos consumidores de crack e outras drogas, com a implementação do Programa ATITUDE – Programa de Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus familiares (West, 2016; Evans, 2017).

O Programa ATITUDE foi constituído em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Assistência Social – PNAS, do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais – Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009 e da Política Estadual sobre Drogas – Lei Estadual nº 14.561, de 26 de dezembro de 2011 (Pernambuco, 2011). Foram implementadas instituições do Programa nas cidades de Recife, Jaboatão, Cabo de Santo Agostinho, Caruaru e Floresta, que contemplam em seus objetivos, realizar atendimento e acompanhamento aos indivíduos que vivenciam situações de vulnerabilidade decorrente do consumo de substâncias psicoativas, sobretudo o crack.

Segundo Ratton e West (2016), as ações são desenvolvidas com o foco na intersetorialidade, requalificando o conjunto de serviços direcionados a prevenção, proteção e atendimento, tendo em vista que essa população apresenta potencial exposição à violência e/ou risco eminente de morte. Nesse intuito, o programa foi pensado para integrar o Pacto pela Vida, programa mais amplo criado em 2007 com foco na diminuição do número de homicídios e outros tipos de violência no Estado.

Entre 2000 e 2011, Pernambuco teve uma média de 50,4 homicídios por 100 mil habitantes – quase o dobro da média nacional, que no período variou entre 26 e 29 homicídios por 100 mil habitantes (Ratton et al., 2014). Assim, o ATITUDE procurou se estabelecer como um “braço social” do Pacto Pela Vida, inserindo-se na articulação intersetorial com outras políticas, (saúde, educação, cultura, emprego, esporte, habitação,

entre outras), para que as ações não sejam fragmentadas, pensando a redução de situações extremas de ameaça à vida de forma ampliada e não somente pelo âmbito da segurança pública.

Para isso, o Programa ATITUDE se instituiu ofertando quatro tipos de serviços: Centros de Acolhimento e Apoio, Atitude nas Ruas, Centros de Acolhimento Intensivo e Aluguel Social/república (West, 2016; Evans, 2017). Segundo o Decreto nº 39.201, de 18 de março de 2013 (Pernambuco, 2013) o centro de acolhimento e apoio, trata-se de um serviço na modalidade de “Casa de Passagem”, voltado para o acolhimento dos usuários de drogas que estejam em situação de vulnerabilidade em razão do consumo de crack e outras drogas. Tem como finalidade assegurar acolhimento singularizado, descanso, higiene, alimentação e cuidados primários, na perspectiva de considerar o bem-estar das pessoas que fazem uso de crack e outras drogas, prestando serviços 24h por dia. Esse serviço tem a capacidade média de atender 30 usuários por dia e 15 usuários para o pernoite (West, 2016; Evans, 2017).

As ações desenvolvidas são estruturadas de modo flexível, com baixa exigência, a fim de estimular, mas não obrigar, a participação do usuário nas atividades ofertadas. O Centro de Acolhimento e Apoio serve também como suporte e referência às equipes do Atitude nas Ruas (West, 2016; Evans, 2017). West (2016) que além de pesquisador, participou ativamente da construção do Programa desde sua elaboração inicial, aponta em sua dissertação que:

Algumas características precisam ser observadas no desenvolvimento desse serviço. Ao mesmo tempo em que se torna inovador pela sua dinamicidade e flexibilidade em cuidar das pessoas, a diminuição das exigências provoca nos usuários a sensação de que não há tipo algum de exigência, ou seja, os contratos de convivência precisam cotidianamente ser (re)pactuados para garantir seu objetivo de redução de vulnerabilidades. A possibilidade de haver semelhança com os

serviços dos CAPS na saúde mental também é um risco possível, considerando que a ética do cuidado é semelhante, porém, a singularidade de cada modalidade é bastante visível (West, 2016, p.59).

Já o Atitude nas Ruas é um serviço móvel/itinerante e também territorializado, que visa atuar de forma continuada e programada, com objetivo de construir processos de vinculação dos usuários para a redução de riscos e de danos em relação ao consumo de crack e outras drogas. Também tem como norte das atividades promover ações de prevenção e cuidado no próprio espaço da rua/comunidade. Esse equipamento é vinculado ao Centro de Acolhimento e Apoio e prevê suas atividades de maneira integrada com o mesmo (Pernambuco, 2013).

O Atitude nas Ruas visa construir a aproximação e processos de vinculação com as pessoas que consomem crack e outras drogas nos espaços por elas acessados (ruas, espaços públicos, entre outros.) e possibilitar condições para que a rede de serviços SUAS / SUS e demais políticas setoriais, sejam acessíveis à essa população (Pernambuco, 2013). Apesar de se configurar como um equipamento “novo”, o ATITUDE nas ruas tem semelhanças com outros serviços, como os consultórios na rua (ou de rua), na saúde, e abordagem social na assistência social. Essas semelhanças podem trazer sobreposições no seu funcionamento, e, por isso, “esses serviços precisam manter permanente diálogo para potencializar as singularidades e articulações em redes” (West, 2016, p.56).

Outro equipamento importante na concepção do programa ATITUDE é o Centro de Acolhimento Intensivo. Foram nesses serviços que a atual pesquisa foi desenvolvida. Na modalidade de acolhimento institucional, visa garantir a proteção integral aos usuários de drogas com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, e, principalmente, com grande exposição à violência, vivências de ameaças e conflitos decorrentes do uso de crack e/ou outras drogas. Preconiza oferecer um ambiente favorável à (re)inserção social,

organizado em consonância com os princípios, diretrizes e objetivos da Política de Assistência Social. Sugere-se que os usuários possam permanecer no espaço por até 6 meses, porém, esse período pode ser reavaliado diante das particularidades de cada pessoa (Santos & Souza, 2010; Santos Jr & Finks, 2012; Pernambuco, 2013; West, 2016; Evans, 2017). Sendo válido ressaltar que, como trata-se de um serviço caracterizado como acolhimento institucional, os usuários permanecem “morando” temporariamente na instituição.

Por fim, configurada como uma última etapa de (re)inserção social do programa ATITUDE, o “Aluguel Social” é destinado as pessoas que saem dos Centros de acolhimento intensivo, que estão com vínculos familiares rompidos e não têm onde morar. Esses consumidores de crack e outras drogas recebem uma ajuda de custo para residência, podendo morar sozinhos ou com colegas, por até seis meses. Ao mesmo tempo, continuam recebendo suporte da equipe técnica, apoio para conseguir emprego e aos poucos assumir as despesas cuidando de sua própria vida (Ratton & West, 2016; Pernambuco, 2013).

Ratton e West (2016) indicam que foram analisados quatro bancos de dados das instituições do programa ATITUDE em quatro municípios, reunindo informações sobre um total de 5.714 indivíduos atendidos pelo programa. A maioria dos usuários de crack pesquisada compartilha um determinado perfil socioeconômico e tem trajetórias similares: majoritariamente são homens, de baixa renda e jovens (18 - 33 anos de idade), têm baixa escolaridade e trabalharam no setor informal, e, em alguns casos, também realizam atividades com grupos criminosos. Segundo este estudo, os usuários do programa ATITUDE na sua maioria relatam terem se desenvolvido no seio de famílias com pouca estrutura, muitas vezes criados apenas por mães que trabalham fora para

sustentar sozinhas a casa, deixando as crianças aos cuidados de parentes ou vizinhos. Também referem a vivência em comunidades com prevalência de violência e tráfico de drogas ilícitas.

Em geral, esses consumidores de crack e outras drogas pesquisados estavam desempregados e em situação de rua, além de relatarem o consumo de crack de 3 a 5 anos, geralmente com padrão de uso diário. Muitos deles referiram uma vida marcada pela violência, com casos de assassinatos de pais, irmãos e amigos, também sendo comum a passagem pelo sistema prisional. Alguns relataram o envolvimento com roubos, furtos e problemas com o tráfico (Ratton & West, 2016). Essas características dos usuários de crack também são comuns quando se leva em consideração outros estudos na área (Ferreira Filho et al., 2003; Almeida, 2010; Santos & Souza, 2010; Santos Jr & Finks, 2012; Evans, 2017), e acabam por trazer uma maior complexidade aos processos de reinserção social.

Levando em consideração que muitos consumidores de crack acabam por se envolver em situações de extrema vulnerabilidade, muitos esforços são mantidos na tentativa de reestruturação da vida dessas pessoas (Barroso, 2013). Todavia, pode-se refletir que, apesar do termo “(re)inserção social” ser bem difundido, a efetividade dessas ações pode ser questionada. Saraceno (2001) ao refletir sobre a efetividade das ações de (re)inserção social, refere que esse processo deve levar em consideração os aspectos biológicos e psíquicos do indivíduo, porém, não se deve esquecer dos aspectos familiares e socioculturais mais amplos. Tal fato demonstra o quão difícil é implementar ações que contemplem essa gama de aspectos relacionados à vida dos consumidores de crack.

Reabilitação Psicossocial

Vários termos acompanharam o conceito de (re)inserção social no decorrer das implementações das políticas públicas sobre drogas. O termo Reabilitação Psicossocial, por exemplo, é um deles. Esse conceito por ser muito próximo, e por vezes, parecer ter o mesmo significado da (re)inserção social, merece destaque (Melo & Santana, 2018).

Reabilitar, para Lussi, Pereira e Pereira Junior (2006, p. 450), consiste em “melhorar as capacidades das pessoas com transtornos mentais no que se refere à vida, aprendizagem, trabalho, socialização e adaptação de forma mais normalizada possível”. Já para Pitta (1996, p. 21), também é possível considerar a reabilitação psicossocial como um “processo pelo qual se facilita, ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade”. Nesse sentido é notória a aproximação do termo com os aspectos da saúde, principalmente ligados aos pacientes com transtornos mentais, que ficavam incapacitados e isolados e precisavam ser (re)habilitados para viver em sociedade.

Segundo Saraceno (2001) a reabilitação psicossocial surge em meados de 1940, nos Estados Unidos, a partir da iniciativa de pacientes dos hospitais psiquiátricos e de seus familiares, os quais reivindicavam melhores condições de tratamento. Deste modo, inicia-se uma busca por um melhor funcionamento psicológico e social dos indivíduos portadores de doença mental. O objetivo era facilitar a vida do indivíduo a partir do fortalecimento e recuperação de suas competências, porém mais distante do paradigma médico de que a saúde é mera ausência de doença (Pitta, 1996).

Nesse sentido, o entendimento sobre a reabilitação psicossocial não visaria a passagem da incapacidade para a capacidade, mas consideraria as limitações singulares do indivíduo para o aumento de sua funcionalidade social e de sua qualidade de vida

(Saraceno, 2001). Assim, a autonomia, sendo a capacidade de alguém gerar normas para sua vida, passou a ser o foco principal das intervenções, objetivando o desenvolvimento de novas habilidades, considerando as limitações do indivíduo (Schneider et al., 2016).

Na década de 80 no Brasil, a reabilitação psicossocial passou a ser usada para designar práticas dos serviços de saúde mental que foram implementados em substituição aos serviços ligados ao então modelo “hospitalocêntrico”, sendo incorporado à legislação brasileira. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1987, definiu a Reabilitação Psicossocial como “(...) o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitadores da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários” (Pitta, 1996, p.21). A Declaração de Consenso em Reabilitação Psicossocial, escrita por pesquisadores e profissionais de diferentes nacionalidades, afirma que: “(...) a reabilitação psicossocial é um processo que facilita a oportunidade para indivíduos, que são prejudicados, inválidos ou dificultados por uma desordem mental, a alcançarem um ótimo nível de funcionamento independente na comunidade” (Hirdes, 2000, p.65).

Diante das definições estudadas, pode-se refletir que o processo de reabilitação psicossocial se aproxima bastante da área da saúde mental, referenciando-se principalmente em questões ligadas aos indivíduos que, por causa de longos períodos de internamento e conseqüente isolamento social, precisavam criar mecanismos de autonomia para o retorno ao convívio humano, fora dos alicerces “hospitalocêntricos”. Porém, quando se pensa em processos de reabilitação psicossocial na área ligada aos consumidores de drogas, essas referências ficam mais escassas.

Aspectos ligados à reinserção social e também a reabilitação psicossocial muitas vezes se fazem presentes de forma igualitária, o que leva a crer que podem ser questões

complementares, ou mesmo utilizadas como sinônimos. A ideia que perpassa nos estudos relativos aos dois termos, parece ser a de que quando a própria pessoa se vê incapaz ou impotente para enfrentar a vida, emerge um estado de inércia e as capacidades de enfrentamento às dificuldades são enfraquecidas. Essa situação pode ser melhorada se o indivíduo, com apoio da sua rede social, ampliar suas condições em busca de uma autonomia cidadã (Pitta, 1996; Saraceno, 1998; Hirdes, 2000; Saraceno, 2001; Lussi et al., 2006; Pinho et al., 2008; Santos, 2008; Ganev & Lima, 2011). Nesse sentido, Saraceno (1998, p.29) relata que o processo de reabilitação pode ser visto como “reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social”.

Reinserção Social: conceito único ou plural?

É notório que o termo Reinserção Social é amplo, assim também é válido apontar alguns outros conceitos, que além da reabilitação psicossocial, sem dúvida, interagem com a temática, tais como: Adaptação, Participação, Ressocialização, Integração e Autonomia. Abordar esses termos é importante para clarificar que terminologia pode ser utilizada em cada caso, mesmo entendendo que esses conceitos se entrelaçam.

Carvalho (2007) reflete sobre alguns termos como entidades complementares. Em linhas gerais comenta que a “Adaptação” é o processo pelo qual uma pessoa ou um grupo adquire a aptidão para viver num determinado meio, principalmente quando este é desconhecido. O objetivo da adaptação é reduzir as discrepâncias entre as necessidades do sujeito e as exigências do meio ambiente.

Já o conceito de “Participação” pode remeter às questões que aproximam da cidadania, para os direitos e deveres do indivíduo enquanto cidadão. Esse é um ponto relevante para ser levado em consideração, pois muitas vezes quando a “balança” não está equilibrada entre os direitos que precisam ser garantidos, mas também os deveres que esse indivíduo, através do seu processo de autonomia, deve executar, pode favorecer um sentimento social de “desequilíbrio”, em que alguns podem ter mais “privilégios” do que outros.

Deste modo, só haverá participação social efetiva quando o indivíduo for capaz de contribuir para os aspectos individuais e coletivos da sociedade, questão essa que também deve estar presente no processo de (re)inserção social. Na prática, o que pode ser visto são serviços que pouco investem no processo de capacitação do indivíduo para a construção efetiva da autonomia, fortalecendo também sua capacidade de contribuir socialmente na execução de seus deveres enquanto cidadão (Carvalho, 2007).

Por outro lado, a (re)inserção social também pode ser compreendida como um processo de “ressocialização”, já que pressupõe a aquisição de novas experiências de vida e interiorização de novas normas e valores. Implica uma profunda transformação da identidade individual, produto de um novo contexto, de novos papéis sociais desempenhados e das interações que se estabelecem com os outros. Segundo Berger e Luckman (2004), o termo ressocialização é usualmente integrante do discurso jurídico e se justifica pela pena privativa da liberdade, como forma de criar nos indivíduos uma disciplina, que a *posteriori* permita a convivência com os demais integrantes da sociedade. Diferentemente do sentido de (re)inserção social apresentado nesse estudo, o termo “ressocialização” estaria, por essa ótica, ligado ao fato do indivíduo privado de liberdade, através das práticas punitivas, passar a respeitar as normas penais, tendo como

principal objetivo que, no futuro, ele não volte a cometer delitos e se reintegre a sociedade, questão vista como ainda distante na realidade brasileira.

Já com relação ao processo de “Socialização” pode-se refletir que ele se desenvolve ao longo de toda a vida humana. Também presente na (re)inserção, trata-se da aprendizagem e interiorização de categorias intelectuais e de ação, que permitem ao indivíduo pensar e mover-se no seu contexto social. Socialização seria um processo através do qual a pessoa interioriza a cultura de uma determinada sociedade ou grupo. Por sua vez, a “Integração”, caminha no sentido do indivíduo passar a “adequar” o seu comportamento aos padrões vigentes na sociedade, adaptando-se ao social e se integrando ao meio (Carvalho, 2007).

Estudar esses conceitos que atravessam, se entrelaçam e, por vezes, se confundem ao termo “Reinserção Social”, deixa claro o quão complexo é esse fenômeno. Assim, torna-se imprescindível um olhar crítico e atento para que, na prática, o sentido de (re)inserção social seja efetivado da melhor forma possível nas intervenções aplicadas para esse público consumidor de crack e outras drogas.

Como se apresenta a Reinserção Social na prática?

O processo de (re)inserção social ligado às pessoas que consomem drogas, se inicia quando o indivíduo decide buscar ajuda. Segundo Carvalho (2007), esse fato ganha força quando a capacidade de comunicação e de entendimento de valores sociais mínimos são identificados e potencializados, fazendo que o indivíduo minimize os conflitos e possa, aos poucos, ir se integrando ao meio social, de forma a adequar e adaptar suas expectativas e suas características pessoais. Assim, a (re)inserção social objetiva dotar o

indivíduo das ferramentas necessárias para lidar melhor com seus conflitos e poder reintegrar-se no seu contexto social específico. Trata-se de uma construção individual, “autônoma” e capacitante, partindo do indivíduo enquanto motor do seu próprio desenvolvimento pessoal e social.

Deste modo, o que importa é que o indivíduo se vincule ao meio social, e através dessa vinculação, possa desenvolver-se como pessoa e cidadão, com direitos e deveres. A (re)inserção social nesse sentido refere-se ao estabelecimento das comunicações entre as pessoas, com o objetivo de lhes proporcionar acesso aos fatores de identidade social. Apesar do entendimento de que não há um modelo ou conceito único sobre a (re)inserção, pode-se refletir que as várias definições apresentam pontos comuns, que passam da ideia de projeto e reestruturação de vida, como do envolvimento de pessoas significativas e do contexto que cercam os indivíduos (Carvalho, 2007; Paiva et al., 2014).

Pensar num processo contínuo e multifacetado de intervenções de apoio ao indivíduo que consome drogas é um desafio. Portanto, é necessário também ser extensivo àqueles que convivem mais diretamente com a pessoa, fazendo do processo de (re)inserção social uma diretriz a ser seguida desde o primeiro atendimento, independentemente do tipo de abordagem e das estratégias que vierem a ser adotadas em cada caso. Assim, pode-se afirmar que a (re)inserção social é um processo de longa duração que precisa ser guiado por ações interdisciplinares, fato que demanda qualificação dos serviços de atendimento (Ganev & Lima, 2011; Paiva et al., 2014).

Por mais que didaticamente se tente segregar os estágios da (re)inserção social, a mesma deve ser vista enquanto um processo global e sistêmico, pois não é divisível em etapas sucessivas e não é igual para todo mundo. Segundo Carvalho (2007) trata-se de um processo com carácter individualizado, já que cada indivíduo tem uma história única

e um modo próprio de dar significado a sua vida. É um processo comunitário, já que o meio social também participa de forma ativa. E é, sobretudo, um processo contraditório, com avanços e retrocessos, que depende das vivências pessoais, dos contextos socioculturais e das oportunidades que possam surgir.

Ao refletir sobre a reinserção social na contemporaneidade, levando em consideração como as políticas públicas sobre drogas implementam ações para esse fim, pode-se constatar a importância da dimensão econômica. Inserir-se numa atividade laborativa não só ajudará a fornecer os rendimentos que permitem a participação ao capital social, mas também pode funcionar como a consolidação de uma nova identidade social (Schneider et al., 2016). Tal fato pode explicar as intensas discussões dos serviços acerca de tentativas de aberturas de postos de trabalhos para as pessoas que apresentam transtornos relacionados ao consumo de drogas. Funciona como se a posse de um emprego fornecesse ao indivíduo a noção de utilidade social, sendo uma das vertentes mais fortemente observada, principalmente nos planos dos próprios indivíduos consumidores de drogas (Carvalho, 2007; Selegim et al., 2011; Sayago et al., 2013; Paiva et al., 2014)

Outros aspectos que dizem respeito a reinserção dos indivíduos consumidores de drogas, podem estar ligados as redes de sociabilidade primária (família, amigos, pessoas significativas). Ser reinserido nesse âmbito permite ao indivíduo representar-se a si próprio no seio do seu grupo e em relação à sociedade global, assim, identificando o seu lugar. Essa reinserção modifica o lugar de vulnerabilidade atribuído ao enfraquecimento das trocas sociais ligadas ao empobrecimento da rede de relações, que muitas vezes deixam o indivíduo isolado, sem recursos de suporte e sem partilhar uma identidade ou pertença a grupos inseridos socialmente (Andréas, 2003).

Assim, torna-se premente a discussão acerca da dimensão simbólica de como as pessoas que tem transtornos relacionados ao consumo de drogas (re)significam seu lugar social. Pode-se refletir a possibilidade de haver uma via de mão dupla entre a estigmatização do consumidor de drogas e sua marginalização. Ao passo que a sociedade avalia negativamente as pessoas que consomem drogas em função da sua não conformidade com as normas sociais, o indivíduo consumidor de drogas, por muitas vezes, não partilha o laço simbólico com o resto da sociedade, por não se identificar com as normas e crenças em vigor.

Diante do exposto, é necessário promover ações de integração permitindo o acesso à identidade social do indivíduo, tanto no trabalho individual quanto nas articulações de uma conjuntura social favorável. Outro ponto importante é o fato de não ser suficiente que o indivíduo assimile normas e regras, adquira competências relacionais e profissionais, se o meio onde se encontra não apresentar condições que permitam essa adaptação (Carvalho, 2007).

Em suma, pode-se refletir que a (re)inserção social é uma aproximação gradual do indivíduo em direção aos seus objetivos pessoais e contextuais. É uma atividade pessoal, reflexiva e voluntária, situada em um determinado contexto. Pode resultar de processos transversais ligados a fatores sociais, econômicos e pessoais, atribuindo-se ao indivíduo o papel de agente, que conduz a sua própria vida (Freitas, 2005). Deste modo, seu objetivo final seria de fato a “autonomia”, processo em que o indivíduo reúne ferramentas necessárias para ter capacidade de buscar a liberdade em harmonia com seu meio social.

De acordo com Arza e Comas (2000), as intervenções em busca da (re)inserção social devem atuar em níveis individuais, microsociais e macrosociais. As intervenções individuais buscam ajudar no equilíbrio emocional, pessoal e relacional do indivíduo.

Não obstante, as intervenções no âmbito microssocial são direcionadas a família na sua forma extensa, bem como outras esferas com grande influência, tanto na origem do problema, como na sua possível “melhora”. Já as intervenções no campo macrossocial são voltadas para a comunidade em geral e outros contextos que façam parte do convívio do indivíduo, tratando-se de uma intervenção que considera a relação da pessoa com o seu meio e que também sensibiliza este meio para obter melhores condições para a (re)inserção.

Segundo Arza e Comas (2000) é preciso dar atenção ao planejamento da (re)inserção, que quando se refere ao consumidor de drogas, e levando em consideração a importância de aspectos ligados a autonomia, pode ser incentivado a ser construído por ele próprio, mas diante de muitos aspectos de vulnerabilidades presentes, torna-se imprescindível também a ajuda dos profissionais da área. O autor ressalta que existem alguns subconceitos que podem facilitar esse planejamento, que apesar de estarem bastante inter-relacionados, estão aqui divididos de maneira didática para facilitar o entendimento:

Autonomia psico-relacional: Base de todas as formas de autonomia. A presença de recursos e ferramentas adquiridos para uma base individual, facilitam a relação com o outro, ao mesmo tempo que também contribuem para a aquisição ou reforço da autonomia nos outros planos (sociocomunitário e socioprofissional). Por exemplo, quanto maiores forem as dificuldades individuais, relacionais e sociais, maiores serão as dificuldades sentidas na integração na comunidade e com o mercado de trabalho.

Autonomia sociocomunitária: Capacidade que uma pessoa tem em participar de atividades recreativas, culturais e sociais, se implicando numa comunidade. Uma pessoa

saudável e autónoma, terá mais capacidade para tomar as decisões necessárias para obter acesso aos diferentes recursos do meio.

Autonomia socioprofissional: Na maioria dos casos significa o regresso aos estudos e/ou mercado de trabalho. Trata-se da capacidade de se inserir em atividades produtivas, sobretudo, conservando-as. É uma vertente muito valorizada pelos indivíduos que consomem drogas e almejam reestruturar suas vidas. Adquirir hábitos de estudo e trabalho, na maioria das vezes, também ajuda na (re)construção de uma nova identidade social.

Autonomia do consumo de drogas: Trata-se da capacidade do indivíduo manter-se abstermido ou mesmo de uma condição que o permita atingir os itens de autonomia desejados. Para atingir este objetivo, manter-se em acompanhamento seria uma estratégia essencial.

A Reinserção e suas dimensões

É de suma importância compreender qual o sentido que cada indivíduo atribui a suas diferentes dimensões de vida, avaliando as necessidades específicas para que possa entender o valor que atribui a cada uma delas. Segundo Freitas (2005), pode-se definir objetivos de intervenção que contribuam com cada dimensão da reinserção social do indivíduo, fazendo com que tanto o profissional que intervém quanto a própria pessoa possam planejar de uma melhor forma. Essas dimensões se coadunam com os processos de autonomia, porém versam sobre a necessidade de avaliar e trabalhar as dimensões de (re)inserção, num planejamento conjunto com o indivíduo que consome drogas, levando

em consideração a singularidade e peculiaridades vivenciadas por cada um. Freitas (2005) aponta para algumas dimensões:

Dimensões dos familiares e das relações: Trata-se do indivíduo aprender a relacionar-se, sem o efeito da droga, sendo capaz de estabelecer relações mais sadias baseadas na comunicação. Nesse propósito o planejamento deve visar o desenvolvimento e a consolidação das relações familiares e sociais de forma satisfatória e equilibrada, fomentando a capacidade de tomar decisões e aumentando a tolerância às frustrações (Freitas, 2005). Esse ponto torna-se importante, pois no âmbito social, vão existir momentos em que não são tolerados, através de normas e crenças sociais, o indivíduo manter-se sob efeito de alguma substância psicoativa. Tentar elaborar momentos de relacionar-se sem que necessariamente a droga esteja presente, dará mais confiança tanto para o meio social próximo, quanto para o próprio indivíduo.

Dimensões educacionais: Melhorar o nível de conhecimentos e estudos afim de ascender suas possibilidades para o mercado de trabalho. O planejamento deve procurar desenvolver a capacidade de compreender e analisar a realidade, adquirindo um nível de educação e cultura necessário para compreender e participar enquanto cidadão de plenos direitos (Freitas, 2005; Reis & Ramos, 2011). É importante frisar que, desenvolver e melhorar as capacidades de compreensão acerca da cultura e educação, não necessariamente tem que está voltada a cursos ou questões complexas de aprendizagem, o importante é que cada indivíduo possa elaborar e planejar que passos serão dados no sentido de melhoria desses aspectos.

Dimensões de trabalho e formação: cujo o objetivo é preparar para a integração no mundo do trabalho, que não necessariamente deve ser um trabalho formal. O indivíduo deve buscar a capacidade de desempenhar um trabalho remunerado, mantê-lo e crescer

profissionalmente, através de aquisições de habilidades sociais que o façam compreender as normas e hábitos de comportamentos que o ajudaram no objetivo. Tal fato busca estimular competências pessoais e sociais, ajudando a se capacitar para a gestão do dinheiro, dentre outros fatores ligados as competências laborativas (Freitas, 2005; Sá, 2014).

Dimensões de lazer e tempo livre: Também deve fazer parte do planejamento e das ações, no intuito de cuidar dos momentos “ociosos”. Gerir da melhor forma o tempo livre é de suma importância para o indivíduo, pois nem sempre conseguirá se manter ocupado. Desenvolver a capacidade de buscar iniciativas que ocupem seu tempo de forma alternativa, incluindo o lazer e atividades que causem prazer sem ligação com a droga, ajuda muito no processo de (re)inserção social (Freitas, 2005).

Já as dimensões de cidadania, autonomia e participação: Participar enquanto cidadão de plenos direitos e deveres está intrinsecamente ligado com o processo de (re)inserção social. Tal fato pode possibilitar que o indivíduo tenha acesso às condições que antes estava ausente em sua vida, fazendo com que tanto a sociedade como o próprio indivíduo (re)configure esse novo “lugar” social.

Por fim, vale ressaltar que alguns estudos apontam para a importância do desenvolvimento da espiritualidade como um fator de proteção aos comportamentos de risco. O indivíduo que consegue interagir de maneira saudável com suas crenças espirituais (sendo facilitadas por alguma religião ou não), estarão menos vulneráveis aos processos de risco estabelecidos principalmente pelos contextos atrelados ao consumo de crack e outras drogas (Rodrigues & Torres, 2009; Felipe, Carvalho, & Andrade, 2015; Siqueira et al., 2015). Nesse sentido, a oração ou prece, além de poder tranquilizar o consumidor de drogas por meio de um estado meditativo, onde a consciência é alterada,

permite a sensação de dividir a responsabilidade do tratamento com Deus, contando com sua ajuda irrestrita, levando assim a uma percepção de amparo, conforto e bem estar (Sanchez & Nappo, 2007; Coelho, Sá, & oliveira, 2015).

Avaliação da (re)inserção

Uma fragilidade que pode ser apontada nas políticas brasileiras sobre drogas, se refere a preocupação em garantir a comparabilidade dos dados ligados a (re)inserção social. Estudos (Freitas, 2005; Carvalho, 2007; Paiva et al., 2014) apontam ser importante definir uma estrutura que ajude na coleta, no acompanhamento e avaliação das diversas dimensões da vida dos indivíduos consumidores de drogas. Considerando que as intervenções dos profissionais que ajudarão no processo de (re)inserção social se centram no indivíduo e na forma como ele se posiciona frente a cada uma das dimensões ou áreas de vida, importa recolher dados relativamente a cada uma delas, de acordo com uma estrutura que possa minimamente “mapear” e “formular” os indicadores avaliativos da (re)inserção.

Principalmente no Brasil, não há o costume de implementar processos de avaliação nos serviços que atendem pessoas que consomem drogas. Nesse sentido, torna-se evidente que, para garantir que as ações sejam eficientes, esse processo de monitoramento e avaliação das ações precisam ser implementados. Para que se tenham dados claros que a (re)inserção social está se apresentando de maneira efetiva, os dados do “antes” (quando o indivíduo iniciou sua trajetória de (re)inserção), do agora (momento de execução das ações de (re)inserção) e do depois (planejamento dos objetivos de

(re)inserção) são imprescindíveis para qualquer intervenção (Freitas, 2005; Carvalho, 2007; Reis & Ramos, 2011).

Dispor de instrumentos que permitam essa avaliação das necessidades explícitas e implícitas da pessoa, no intuito de recolher o maior número de informação possível, é de suma importância. Todavia, além do processo de avaliação e coleta de dados, torna-se importante refletir sobre a forma com que essas informações podem ser colhidas. Uma postura profissional que busque uma escuta apurada, tanto do indivíduo como de pessoas próximas, desenvolvendo a empatia e estabelecendo uma relação significativa de confiança, é primordial, tendo em vista que a qualidade da relação estabelecida entre os profissionais e os indivíduos que procuram ajuda, pode ser tão ou mais importante que os próprios métodos utilizados (Freitas, 2005; Carvalho, 2007; Reis & Ramos, 2011).

Por fim, pode-se refletir que nessa área de conhecimento, não se permite atribuir soluções simples diante de fenômenos tão complexos. A (re)inserção social é atravessada por inúmeros fatores que necessariamente vão interferir nos seus resultados, fato esse que aponta para a necessidade da construção de uma noção também individual de (re)inserção social. Deste modo, torna-se importante frisar que as intervenções acerca dos processos de (re)inserção social, além de trabalhar o contexto, devem centrar-se no indivíduo, capacitando para o desenvolvimento de um projeto, que harmonize as várias dimensões da sua vida (Melo & Santana, 2018). Essa mobilização pessoal, poderá se estabelecer como o fator norteador para que as mudanças necessárias possam se tornar realidade.

CAPÍTULO II

(RE)INSERÇÃO SOCIAL DE CONSUMIDORES DE CRACK: SABERES, PRÁTICAS E DESAFIOS

Na base dos processos que necessitam ser interligados a discussão sobre (re)inserção social, está o conceito de exclusão social. De acordo com o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID, trata-se do ato pelo qual alguém é privado ou excluído de determinadas funções que a sociedade aponta como presentes em seu contexto. Deste modo, a exclusão social pode implicar numa dinâmica de privação por falta de acesso aos sistemas sociais básicos, como família, moradia, trabalho formal ou informal, saúde, dentre outros (Ministério da Justiça, 2007).

Apesar de que, no senso comum, o conceito de “exclusão social” parece se configurar como algo claro, no campo das ciências sociais e de saúde ele carece de uma definição mais precisa, geralmente, referendando uma nova problemática de investigação. O termo “exclusão social” muitas vezes concentra em suas bases, relações muito estreitas com a pobreza. Todavia, torna-se válido o esforço para entender o processo de “exclusão” além dos diagnósticos de escassez de recursos financeiros, que por muitas vezes, constituíram por longo tempo esse tema. Deste modo, pensar exclusão social seria aproximar cada vez mais suas bases do sentido de desigualdade, já que os “excluídos”, só o são, pelo fato de estarem privados de algo que outros (os incluídos) usufruem (Scalon, 2011).

Apesar da legislação e do “esforço” das políticas sociais, um grande quantitativo de indivíduos não pertence, efetivamente, a uma comunidade política e social. Embora as leis brasileiras lhes garantam direitos, essa garantia muitas vezes não se traduz em

usufruto efetivo. Diante desse quadro, versar sobre exclusão e (re)inserção, necessariamente, seria também versar sobre os aspectos ligados a cidadania; já que se refere aos direitos que as pessoas têm de participar da sociedade, bem como, dos deveres ao indivíduo impetrados para que haja o equilíbrio necessário entre “ter direitos e executar seus deveres” (Saraceno, 1998; Scalon, 2011).

Questões como essas também são apontadas por Saraceno (2001) que indica a cidadania como a base para a (re)inclusão de pessoas que, pelo envolvimento com o consumo de drogas, acabaram por se afastar ou mesmo perderam essa condição. O Brasil tem uma longa tradição de colocar nas leis direitos que acabam não sendo implementados, e quando são, se estabelecem de maneira muito limitada. Esse fato pode levar a um contexto complexo, que define lacunas extensas entre o “legal/ideal” e o “real”. Particularmente, ao refletir sobre esse tema, pode-se entender que os indivíduos que são considerados “fora” da sociedade, também fazem parte dela, entretanto, estão locados em “lugares” distintos, alheios dos bens e serviços gozados pela maioria.

Sobre esse tema, Paiva et al. (2014) relatam que é fundamental refletir sobre questões como a integração entre as redes de apoio aos indivíduos, uma vez que pensar em reinserir significa: voltar para dentro com o que estava fora. Deste modo, o usuário de drogas precisa ser (re)direcionado para uma “nova condição”, e esse fato se daria por via do fortalecimento de sua autonomia como cidadão ativo e participante da vida em sociedade. Porém, esse processo complexo é atravessado por inúmeras dificuldades, principalmente quando o indivíduo em questão tem problemas relativos ao consumo de crack, sendo importante analisar o sentido de (re)inserção social que se estabelecerá nesses casos.

Muitas vezes, os consumidores que estabelecem uma relação abusiva com as drogas, exercem comportamentos que podem ser considerados como autodestrutivos, pois passam por processos de alienação, isolamento, e muitas vezes elevam a droga à condição de centro exclusivo de interesse (prazer), colocando em risco a sua sobrevivência pessoal, e pondo de lado qualquer perspectiva de desenvolvimento das suas potencialidades (Ganev & Lima, 2011). Deste modo, torna-se válido problematizar alguns pontos entre a relação dos transtornos por uso de substâncias e a exclusão social, que comumente se entrelaçam.

É sempre válido considerar que a exclusão social e sua relação com os transtornos por uso de substâncias são fenômenos abrangentes, multifacetados e complexos. Segundo Ganev e Lima (2011) há pelo menos dois fatores da exclusão a serem pensados. O primeiro fator apontado pelos autores se trata da “autoexclusão”. Ocorre a partir da pessoa que consome drogas para consigo mesmo e acaba sendo um processo inerente à dinâmica dos transtornos por uso de substâncias (TUS). E o outro é a exclusão social propriamente dita, exemplificada pelos diversos impeditivos que alguns indivíduos possam ter de se relacionar com as condições mínimas de trabalho, educação, moradia, saúde, transporte, dentre outros.

Outro ponto que deve ser levado em consideração é o fato de que existem um conjunto de fatores objetivos, que são menos sujeitos ao controle individual/pessoal. Ganev e Lima (2011) salientam que não há como ter total controle sobre diversas variáveis macrossociais (tais como oferta de emprego, disponibilidade de recursos públicos e privados, dentre outros), porém, apesar desses processos não dependerem exclusivamente do indivíduo, eles podem, e devem ser igualmente avaliados e planejados.

Deste modo, pode-se refletir que o caráter contínuo da (re)inserção implica em manter o foco no indivíduo, nas pessoas e contextos que os cercam, não esquecendo dos inúmeros fatores de risco e vulnerabilidade que o consumo de drogas os expõe (biológicos, psicológicos e sociais). Assim, serão necessárias intervenções específicas e sistemáticas para cada um desses (Ganev & Lima, 2011; Paiva et al., 2014). Para aproximar o conceito de (re)inserção social de intervenções reais e objetivas, dotando de conhecimentos teórico-prático os serviços que atendem essa demanda, é preciso iniciar a reflexão acerca das complexidades atribuídas a essa área de intervenção, tendo em vista que, cada indivíduo apresenta características próprias e necessita de respostas e intervenções individualizadas.

Conhecer a real situação dos indivíduos que consomem crack é de suma importância para o manejo das intervenções. Nesse sentido, torna-se válido refletir que frequentemente esses indivíduos são caracterizados como pertencentes a classes menos favorecidas. Todavia, segundo Freire, Santos, Bortolini, Moraes e Oliveira (2012), ainda faltam evidências científicas mais amplas que corroborem esse apontamento. O referido estudo indicou que o padrão de consumo dos indivíduos pertencentes a classes de maior poder aquisitivo foi semelhante aqueles de classes de menor poder aquisitivo. Assim, referem que pessoas caracterizadas como socioeconomicamente mais favorecidas, passaram, nos últimos anos, a consumir crack e esse fato sugere que o consumo de drogas ilícitas, como o crack, não estaria necessariamente associado a um único nível socioeconômico.

Outros inúmeros desafios podem ser encontrados quando se pensa em conhecer a real situação dos indivíduos que consomem crack. Como exemplo, pode-se citar que nessa população é frequente a sujeição de práticas que contrariam suas vontades, para que

possam obter maior quantidade da droga. Estudos na área Oliveira e Nappo (2008) trazem alguns exemplos da existência dessas práticas. A chamada prostituição compulsória, em que o homem oferece a companheira por determinado período aos traficantes ou a outros consumidores de drogas, bem como a identificação de pessoas do sexo masculino que, apesar de se autodeclararem heterossexuais, praticavam sexo com outros homens em troca de dinheiro ou de drogas, reforçam esses argumentos.

Também é comum visualizar comprometimentos de saúde, muitas vezes caracterizado por um emagrecimento excessivo, com um potencial déficit no sistema imunológico. Esta perda de peso provavelmente é influenciada pelos efeitos estimulantes da droga, que pode provocar perda de apetite dentre outros problemas. Soma-se a isso o fato de frequentemente esses indivíduos realizarem longas caminhadas em busca da droga.

Dessa forma, essa população torna-se mais vulnerável às enfermidades e, ao mesmo tempo, tendem a ser potenciais transmissores de doenças infectocontagiosas, devido aos seus comportamentos sexuais de risco, como as relações sexuais não desejadas e/ou desprotegidas (Sayago et al., 2013). Outros sinais que foram percebidos nos indivíduos que consomem crack, se referem a paranoia, fissura e o aumento de agressividade principalmente ligados ao contexto do tráfico. Esses fatores podem aumentar a ocorrência de lesões corporais decorrentes de brigas (Ribeiro, Sanchez & Nappo, 2010; Sayago et al., 2013).

Rodrigues et al. (2017) sugerem que também é preciso ter atenção nas funções neuropsicológicas desses indivíduos, pois possíveis comprometimentos nessas funções podem impactar na motivação para uma mudança do estilo de vida, muitas vezes preconizados pelos próprios consumidores de crack. Assim, é possível refletir que a

mudança de padrões comportamentais compulsivos, que estão atrelados aos transtornos por uso de substâncias psicoativas, exige do indivíduo a consciência dos danos causados, bem como a capacidade de identificar situações de risco e evitar recaídas.

A preservação das funções cognitivas como atenção, memória e flexibilidade cognitiva são essenciais para ajudá-los nas ações de mudança de vida, principalmente ligados a manutenção da abstinência e no abandono de comportamentos de risco. Estudos (Horta et al., 2015; 2016a) apontam que ficar abstinente do crack, pelo menos por um período (12 meses), é possível, porém é preciso levar em consideração algumas questões que podem interagir na compreensão de fatores de risco e de proteção para esse fim.

Ressalta-se que muitos consumidores de crack percebem como fatores de risco para o consumo abusivo da droga, aspectos como o histórico de consumo de substâncias na família, brigas, situações de abuso sexuais e psicológicos, além do fato de não residirem com os genitores. Como fatores protetivos, não usuários de crack percebem o condicionamento vicário (Bandura, 2001) (aprendizado a partir da observação das consequências indesejadas que outras pessoas obtiveram ao usar o crack), as informações fornecidas pela família e o medo de morrer, como fatores protetivos para o uso da droga (Sayago et al., 2013).

Outro fato que pode trazer complexidade as ações de (re)inserção dos consumidores de crack é a premissa que o consumo excessivo dessa droga pode tornar os indivíduos mais vulneráveis aos transtornos associados, as chamadas comorbidades (Costa et al., 2017). Estudos (Horta et al., 2015; 2016b) que contemplaram essa população apontaram para a prevalência significativa de transtornos de humor estabelecidas como comorbidades nos quadros de TUS por consumo de crack, sendo a ocorrência de episódio depressivo maior bastante frequente nas amostras. Assim, foi

evidenciado que pessoas que se mantiveram abstinentes por mais tempo, preencheram em menor número os critérios propostos para depressão no DSMV (American Psychiatric Association, 2014).

Outro fator, não menos importante, diz respeito ao consumo concomitante de várias substâncias. Estudos na área (Bastos et al., 2008; Galduróz et al., 2005; Oliveira & Nappo, 2008; Gigliotti, Presman & Aguilera, 2012) apontam ser comum o consumidor de crack consumir, outras substâncias no mesmo período em que consome o crack, fato que pode prejudicar ainda mais os aspectos ligados a danos cerebrais, bem como trazer mais complexidade na implementação das intervenções. Estes achados reforçam a importância de uma ampla investigação clínica quando usuários de crack ingressam em atendimento, com mapeamento de critérios para diagnóstico tanto dos transtornos por uso de crack e outras drogas, quanto de comorbidades (Horta et al., 2015).

Tratamento e (re)inserção social

Segundo Barroso (2013), seria importante refletir que a (re)inserção social, no âmbito dos problemas relacionados ao consumo de drogas, diz respeito ao ato de recuperar o que o indivíduo, ao longo do tempo, foi perdendo em função desse consumo. Assim, (re)inserir socialmente os usuários proporcionaria a integração dos mesmos na esfera do trabalho, da família, do cuidado pessoal, entre outras áreas. Sendo que na maioria dos casos, essa proposta atuaria junto à desintoxicação no tratamento e também na prevenção de recaídas. Ou seja, o indivíduo vai diminuindo o consumo de drogas, ao mesmo tempo que os vínculos com instituições sociais vão sendo retomados. Essa maneira de pensar a (re)inserção social enfatiza a construção dessa “nova” identidade dos

sujeitos, de modo que eles possam construir possibilidades de atuação social, pois é por meio da inserção em instituições sociais que os sujeitos se constituem como cidadãos.

Segundo Schneider et al. (2016) pesquisas qualitativas se propuseram a verificar a percepção do usuário sobre o papel das substâncias em sua vida, incluindo o crack. Identificou-se que o crack tem por consequência um grande impacto no rompimento de relações familiares, sociais e profissionais, o que muitas vezes prejudica o próprio tratamento, assim como as ações de (re)inserção social. Nesse sentido, torna-se válido salientar que diante dos problemas atribuídos ao consumo de crack, a própria noção dos TUS já aponta para inúmeros problemas. Na sua visão biopsicossocial, o transtorno por uso de substâncias pode estar atrelado a consequências (para além dos aspectos físicos e psíquicos) como: isolamento, rompimentos sócio-afetivos, diminuição no repertório de atividades que anteriormente configuravam e organizavam as dimensões da vida pessoal, muitas vezes, resumindo a rotina do indivíduo a momentos de: refazer-se do último consumo, planejar/garantir o próximo consumo e consumir a substância (Laranjeira, 2012).

O transtorno por uso de substâncias, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), é caracterizado como uma doença crônica, envolvendo prejuízos biopsicossociais, que aponta para o consumo de substâncias de forma mal adaptativa, com a presença de sintomas emocionais, cognitivos e fisiológicos. Sobre esse fato Laranjeira (2012) reforça que esses transtornos podem provocar neuroadaptações cerebrais e estabelecer comportamentos compulsivos. Assim, apesar das perceptíveis consequências negativas em diversas áreas da vida, como no trabalho, nas relações familiares, no convívio social, o indivíduo não consegue cessar o seu consumo.

Então, levando em consideração o que foi discutido, será que pode-se falar de reinserção social, sem falar de tratamento? Ganev e Lima (2011) apontam que, apesar da resposta a esse questionamento não apresentar consenso nem no campo médico, nem no acadêmico, as consequências desses transtornos ligados ao consumo de drogas são, elas mesmas, os pressupostos para a elaboração dessa resposta.

Verifica-se que entre as preocupações, tanto dos próprios consumidores de crack, quanto dos profissionais que lidam com essa demanda, estão as intervenções que contemplem a mudança do estilo de vida. Essa pode se caracterizar pela busca do (re)estabelecimento de relações interpessoais e familiares, (re)construção de relações profissionais e mudanças bruscas na interação com os contextos sociais. Acredita-se que as pessoas que apresentam problemas em razão do consumo de crack, devem vislumbrar, a partir de outras perspectivas que não as da própria “dependência de drogas”, alternativas de fato emancipatórias no sentido de sua autonomia (Pinho et al., 2008).

O estudo de Horta et al., (2016a) problematiza o fato da possibilidade de padrões de consumo mais elevados estarem associados à maior dificuldade de cessar o consumo do crack, assim, oferece reflexões que podem apoiar o planejamento de políticas públicas e ações terapêuticas nos serviços que lidam com essa demanda. Do ponto de vista da preparação de profissionais para o acolhimento e avaliação inicial de pacientes consumidores de crack, os achados oferecem um posicionamento de que pessoas com padrões elevados de consumo também podem se vincular e aderir a um projeto de mudança de estilo de vida. Deste modo, sugerem que o consumo abusivo de crack não deve ser visto como obstáculo para ingresso em tratamento e ações de cuidado, tendo em vista que, caso se tenha uma intervenção adequada a cada caso, os processos de mudança podem aparecer.

Falar de mudanças de comportamento em relação ao consumo abusivo de crack, remete também a importância da aquisição e/ou manutenção de relacionamentos interpessoais que forneçam apoio. No entanto, embora isso colabore para processos de abstinência, é preciso ir além. Segundo Coelho et al. (2015), o indivíduo precisa ter as habilidades necessárias para expressar à outra pessoa seus sentimentos, de maneira que eles não sejam gatilhos para a recaída e a para o retorno de padrões comportamentais disfuncionais.

Deste modo, quando as ações em busca da (re)inserção social levam em consideração não só os contextos externos, mas também as dimensões internas do indivíduo, isso pode ajudar nas mudanças dos seus conjuntos de crenças e habilidades. Tal fato, pode colaborar com o processo de (re)significação do modo de pensar e agir, tornando o indivíduo mais apto a compreender sua própria trajetória, e ao mesmo tempo, protagonizar mudanças e adaptações que considera oportunas e significativas (Ganev & Lima, 2011; Paiva et al., 2014). Rodrigues et al. (2013) apontam que existem diferenças nas características de consumidores de crack em relação as pessoas que consomem outras substâncias, porém, percebe-se que muitas ações de cuidado e tratamento atuais não levam em consideração modelos de intervenções para tais diferenças. Esse fato pode subsidiar o desenvolvimento de intervenções adaptadas para cada necessidade, podendo auxiliar em processos de manutenção da abstinência e através disso ajudar na (re)inserção social desses indivíduos.

Suporte sociofamiliar

Como já discutido, o próprio consumo abusivo de crack traz consigo inúmeros processos de vulnerabilidade ao indivíduo. Sayago et al. (2012) apontam que o funcionamento adaptativo com relação às amizades, família e trabalho tende a estar prejudicado na maioria expressiva dos usuários de crack, sugerindo, inclusive, que alguns indivíduos apresentam atitudes caracterizadas como comportamentos antissociais. A hipótese que os autores levantam é que a presença destes comportamentos pode ser explicada, pelo menos em parte, pelas condutas que vão se associando ao consumo desta droga, uma vez que é comum o envolvimento em atividades ilícitas (Sanchez & Nappo, 2002; Nappo et al., 2012; Horta et al., 2015), sendo frequentes os furtos dentro da própria residência, roubos, assaltos, manipulação de pessoas e o envolvimento com o tráfico de drogas, assim como o risco aumentado de envolvimento em problemas legais.

Outro fato relevante diz respeito ao cenário de discriminação e preconceito, que envolve os usuários de crack. Esse fator comumente também afeta seus familiares, que podem se sentir sobrecarregados. Com o passar do tempo, parece inevitável uma postura desamparada e de desmotivação por parte dos familiares, tendo em vista a dificuldade de reorganização depois das intensas situações de crises. Deste modo, o convívio com o consumidor de crack pode provocar intensas mudanças nos contextos familiares, inclusive com a possibilidade concreta de afetar a saúde desses membros. A família acaba recebendo grande carga de problemas que fazem parte do contexto diário, sendo comum carregarem sentimentos de medo, levando em consideração contextos de violência aos quais são submetidos e também o receio de que novos membros se tornem consumidores da droga (Siqueira et al., 2015).

Caprara e Barbaranelli (2011) especificam que as diferentes formas da ação humana são influenciadas pelo sistema familiar. Referem que a eficácia desse sistema é

um mecanismo central através do qual todos os aspectos do desenvolvimento pessoal e de bem-estar durante o período formativo da vida podem ser acometidos. No exercício da eficácia coletiva, as pessoas reúnem seus conhecimentos, habilidades e recursos, proporcionam apoio mútuo, formam alianças e trabalham juntas para conquistar coletivamente o que não conseguem alcançar individualmente. Assim, a família funciona como um sistema social com relações de interdependência, em vez de simplesmente como um conjunto de membros que operam de forma solitária (Bandura, 2005). Por isso, torna-se importante levar em consideração a forma como cada contexto familiar se configura, assim como se esse contexto apresenta condições para efetivar o suporte aos seus membros.

Quando se leva em consideração a percepção dos próprios consumidores de crack acerca do suporte familiar, pode-se citar alguns estudos (Siqueira et al., 2015; Conzatti et al., 2016) que apontam a família nuclear, ou seja, pai, mãe e irmãos, como pessoas significativas nesse processo. Oliveira et al. (2008) também apontam que a mãe tem lugar de destaque na percepção com relação ao suporte social, entendendo que mesmo em famílias estruturadas de forma patriarcal, a mãe é, na maioria das vezes, quem tem a função de transmitir os valores sociais, conseguindo assumir ainda assim, a função de cuidadora dos componentes da família. Deste modo, a mãe é tida como essa figura de referência, tanto de regramentos quanto de afeto, sendo vista como mais próxima aos membros da sua família.

Todavia, a relação entre o consumidor de drogas e sua mãe pode assumir contextos problemáticos, principalmente quando a mãe se comporta com extremo apego, superproteção e permissividade com relação ao consumo da substância. Já a pessoa que consome drogas tende a opor-se a ela, relativizando prejuízos emocionais e materiais, e

trazendo com essa conduta, inúmeros conflitos, que podem culminar em afastamentos mais duradouros.

Tais questões podem influenciar na percepção de efetividade do suporte familiar, trazendo uma noção de solidão e falta de apoio (Ardelt & Eccles, 2001; Oliveira et al., 2008). Também não é raro encontrar pessoas que tendem a mudar seus horários ou deixar seus empregos para cuidar do seu familiar com transtornos relacionados ao consumo de drogas (codependência). Esse padrão, se não for repensado e problematizado, pode se perpetuar, tornando-se um motivador automático, na maioria das vezes não consciente, para a manutenção do problema. Desta maneira, essas famílias podem apresentar algumas características específicas que podem manter ou mesmo agravar o transtorno (Ardelt & Eccles, 2001; Horta et al., 2015).

A percepção do suporte familiar como mediador dos comportamentos de seus membros, encontra respaldo no conceito de modelação social proposto na Teoria Social Cognitiva (Bandura, 1986), no qual a aprendizagem ocorre pela observação, que será utilizada para produzir novas versões do comportamento observado, adaptando-o e inovando-o. Na aprendizagem por observação que ocorre por meio das interações familiares, a eficácia familiar percebida tem um papel fundamental no modo como o indivíduo irá expressar esses novos comportamentos em contextos sociais mais amplos (Gross et al., 1995), assim como, na forma dele influenciar proativamente o seu contexto familiar. Deste modo o papel de influência da família ganha bastante importância.

Outro ponto que pode se estabelecer como um desafio a ser superado em busca de uma efetiva (re)inserção social, diz respeito ao que já foi comentado, sobre a constatação de que esses consumidores de crack podem apresentar alta prevalência de sintomas depressivos, assim como habilidades sociais diminuídas, tornando a questão ainda mais

desafiadora. Horta et al. (2016b) apontam que um número significativo de indivíduos que buscam por tratamento para o consumo de substâncias desistem prematuramente, ou mesmo recaem logo após o processo de alta.

Os autores refletem que pode haver uma condição associada a esses dados, que pode estar atrelada a uma sensibilidade à processos de ansiedade ou sintomas depressivos. Essa condição aparece fortemente associada a indivíduos com carência de habilidades sociais, bem como também podem ser expressadas por dificuldades no manejo emocional, regulação do afeto, dentre outros componentes associados a ferramentas cognitivas e sociais (Horta et al., 2016b).

Em relação à avaliação das habilidades sociais Rodrigues et al. (2013) referem que os consumidores de crack apresentaram prejuízos significativos em comportamentos que exigem certo “traquejo social”, assim, pode-se destacar a importância do conhecimento sobre a existência, ou não, desses prejuízos. Nesse sentido, seria importante que os locais de cuidado, acolhimento e/ou tratamento, desenvolvam e também incluam intervenções que visem ampliar a competência social nesta população, o que conseqüentemente pode aumentar as possibilidades de um retorno ou mesmo novas inserções na convivência em sociedade.

Schneider & Andretta (2017a) comentam que as habilidades sociais são um conjunto de comportamentos eficazes para a interação entre dois ou mais indivíduos, que tendem a diminuir a probabilidade de conseqüências negativas futuras, ou imediatas, desta relação. Referem que déficits ou prejuízos nas habilidades sociais podem ter por conseqüência capacidade reduzida de resolução de problemas, baixa qualidade de vida, problemas de aprendizagem, conduta antissocial, dificuldade nas relações interpessoais e

desenvolvimento de transtornos psicológicos, como transtorno de ansiedade, depressão e transtornos relacionados ao consumo de substâncias.

Não obstante, pode-se refletir que um elevado apoio social pode estar associado a manutenção de habilidades sociais por parte das pessoas que consomem crack. Entende-se que, nesse caso, é provável que o apoio possa ser conquistado por meio das relações estabelecidas pelos sujeitos que dispõem deste recurso e, ao contrário, os consumidores de crack que apresentam déficit nas suas habilidades sociais, em tese, teriam menos apoio, possivelmente pela sua dificuldade em desenvolver e estabelecer relações que lhes tragam suporte. Deste modo, indivíduos que apresentam um melhor repertório de habilidades sociais tendem a ter um desempenho socialmente mais competente (Sá, 2014; Horta et al., 2016b).

Assim, pensar em mecanismos de (re)inserção para esse público, seria levar em consideração a capacidade que esses indivíduos possam ter de uma leitura adequada do contexto social, com boa compreensão dos desempenhos esperados para o sujeito ao se relacionar com os outros. Essa leitura efetiva do ambiente social e o emprego adequado das habilidades disponíveis, podem possibilitar o estabelecimento de um maior número de apoio social, bem como, uma melhor motivação para efetivar mudanças necessárias em sua vida (Horta et al., 2015; 2016b).

Com relação aos processos de motivação para a mudança, pode-se citar o estudo de Ávila et al. (2016) que ao pesquisar sobre o Modelo Transteórico (MTT) de Mudança, buscaram compreender aspectos que interagem com a mudança nos comportamentos dos consumidores de crack. Os autores ressaltam que para realizar este entendimento, é necessário identificar o estágio de motivação em que a pessoa se encontra (pré-

contemplação, contemplação, preparação, ação ou manutenção) a fim de serem utilizadas as ferramentas adequadas para a efetividade das intervenções.

Nesse sentido, Horta et al. (2016b) também referem que os processos de motivação para mudança interferem diretamente no comportamento dos consumidores de crack e também pode afetar os aspectos ligados a percepção de autoeficácia dos mesmos. Esse mesmo estudo apontou para mudanças comportamentais nos consumidores de crack após a intervenção com MTT, já que aumentou a capacidade de se sentirem mais confiantes para manterem a abstinência perante situações de risco, sugerindo que trabalhar a motivação desses indivíduos pode ajudar na busca de ações em prol da (re)inserção social.

Autoeficácia

Wallauer et al. (2010), a luz dos preceitos de Bandura (1986), discutem o conceito de autoeficácia e como essas crenças podem interferir nos processos de tomada de decisão dos indivíduos. Segundo esses autores as crenças de autoeficácia se definem como a confiança na capacidade de organizar e executar determinadas ações. Assim, a percepção que os consumidores de drogas têm acerca da sua autoeficácia, pode constituir um mecanismo importante na influência sobre as ações e motivações para mudança. Diante do resultado que se busca, em termos da (re)inserção social, essa crença poderá se estabelecer como mediadora do que se acredita que é capaz de realizar.

Azzy e Polydoro (2006, p.16) resumem a autoeficácia como “convicções do indivíduo sobre as habilidades de mobilizar suas faculdades cognitivas, motivacionais e de comportamento, necessárias para a execução de uma tarefa específica em determinado

momento”. O que pode dificultar e ao mesmo tempo dá uma “dose de complexidade” é que a autoeficácia, muitas vezes, não é estática. Deste modo, ela pode sofrer mudanças devido às interações do indivíduo com o meio e pode ter influências diferentes em variados contextos sociais.

Segundo Bandura (1986), o ser humano constitui suas crenças de autoeficácia a partir da interpretação de quatro fontes diferentes de informações, sendo elas: a experiência direta, a experiência vicária, a persuasão social e os estados físicos e emocionais.

A experiência direta seria a fonte de autoeficácia mais significativa, pois se constitui com base nas realizações do indivíduo, levando em consideração o contexto social e os resultados obtidos. A experiência vicária se constitui com base na comparação social e em informações obtidas através de observação. A persuasão social diz respeito ao *feedback* recebido de outras pessoas. O último, os estados físicos e emocionais, remetem à percepção de estados como ansiedade, estresse e medo, antes ou durante o desempenho de uma tarefa (Azy & Polydoro, 2006). Deste modo, esses aspectos podem interferir na percepção da autoeficácia, ao passo que muitos consumidores de crack se encontram em situação de extrema vulnerabilidade, passam por intensos estigmas, e, ao mesmo tempo, necessitam de processos de adaptação no intuito de se manterem ativos nas escolhas que incidem em suas vidas.

Autores contemporâneos (Ferreira et al., 2015) ao estudarem o tema, também a partir dos constructos bandurianos, apontam que o conceito de autoeficácia pode abranger duas nuances distintas (expectativas de autoeficácia e as expectativas de resultado), porém, essas nem sempre estão tão claras. Apesar de parecerem se tratar de questões próximas, se diferenciam em sua essência. A expectativa de autoeficácia seria a crença

de que se é capaz de executar determinado comportamento, necessário para atingir uma meta. Por outro lado, a expectativa de resultado seria a crença de que esse certo comportamento terá como consequência um determinado resultado. Portanto, uma pessoa poderia crer que o seu comportamento levaria a um resultado (expectativa de resultado), ao passo que, essa mesma pessoa, poderia perceber-se incapaz de produzir o comportamento (expectativa de autoeficácia) que o levaria para tal.

Segundo Bandura (2000) a confiança que o indivíduo possui em executar determinada tarefa com êxito, terá influência na determinação e perseverança do sujeito em executá-la de fato. Uma pessoa com um desempenho excelente tenderá a aumentar sua crença acerca de suas habilidades sobre tal execução, o que então, aumentará o interesse e a motivação.

Assim, uma autoeficácia elevada, traria benefícios ao indivíduo, principalmente relacionadas à sua motivação de desempenhar futuramente as tarefas com excelência (Azy & Polydoro, 2006). Todavia, para Wallauer et al. (2010), apesar dos aspectos positivos da autoeficácia, se ela se configurar muito elevada, pode também trazer prejuízos. Estes autores apontam que a autoeficácia pode ajudar no sucesso de atividades, porém, não necessariamente irão compensar a falta de habilidade dos indivíduos, uma vez que esses não possuam níveis mínimos de ferramentas cognitivas e sociais para o desenvolvimento das tarefas.

Bandura, Azy e Poliydoro (2008), comentam que não é incomum algumas pessoas superestimarem suas capacidades, pois é necessária uma constante autoavaliação da autoeficácia, questão que nem sempre se configura como possível no funcionamento de algumas pessoas. Assim, avaliações equivocadas podem causar uma discrepância entre autoeficácia, o desempenho e o resultado. Deste modo, pode-se refletir que a autoeficácia

pode ser fundamentada muitas vezes na interpretação dos resultados, e não nos resultados propriamente ditos (Bandura, 2000).

Assim, refletir sobre a percepção de autoeficácia e da (re)inserção social nos seus variados conceitos é de suma importância, todavia, a partir dessa discussão, é importante trazer ferramentas mais próximas da realidade dos serviços públicos, no intuito de fomentar novas possibilidades de intervenção. Ressalta-se, que a literatura atual aponta poucos estudos que relacionam a percepção de autoeficácia e a (re)inserção social de consumidores de crack, o que traz a importância de novas pesquisas nessa área de conhecimento.

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1 Delineamento do Estudo

O delineamento adotado no estudo foi misto e de corte transversal. O método misto foi escolhido levando em consideração que a combinação de métodos (quantitativos e qualitativos) oferece uma alternativa para a investigação de fenômenos complexos, como estudar a percepção dos consumidores de crack acerca da reinserção social, do suporte sociofamiliar e da autoeficácia. Segundo Santos et al. (2017) os estudos de métodos mistos promovem o entendimento sobre o fenômeno de escolha de uma forma que não se obteria com a utilização de somente uma abordagem. Assim, abre possibilidade para uma melhor e mais ampla interpretação dos dados, bem como pode suscitar resultados que abram novas perspectivas de estudos na área.

A escolha de estudar consumidores de crack do sexo masculino se deu pelo fato dessa população estatisticamente ser preponderante nos serviços, assim como, não ser intenção do pesquisador analisar variáveis relacionadas a sexo.

3.2 Participantes

Das 80 pessoas convidadas para pesquisa, vinculadas aos Centros de Acolhimento Intensivo do programa ATITUDE, foram elegíveis 56 consumidores de crack do sexo masculino que atenderam aos critérios de inclusão durante a triagem. Estes foram: 1) ter pontuação de 27 ou mais para consumo de crack no ASSIST - *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (sugestivo de abuso ou dependência de crack), 2)

atender aos critérios do MEEM - mini exame do estado mental (mínimo 18 pontos), que avalia a capacidade cognitiva minimamente preservada e 3) ter idade mínima de 18 anos.

3.3 Instrumentos

3.3.1. Instrumentos de Triagem

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

O teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST) foi desenvolvido em um projeto multicêntrico coordenado pela Organização Mundial de Saúde (Humeniuk, Henry-Edwards, Ali, Poznyak &, Monteiro, 2010), em resposta aos problemas de saúde pública associados com as substâncias psicoativas. Ele foi projetado para ser utilizado em ambientes de cuidados, onde o consumo de substâncias precisa ser levado em consideração. O ASSIST é um questionário composto por 8 itens, com validação transcultural, para rastrear utilização das seguintes substâncias: produtos de tabaco, álcool, maconha, cocaína/crack, anfetamina e estimulantes, Benzodiazepínicos (sedativos/pílulas para dormir), alucinógenos, opióides e outras drogas. As propriedades psicométricas da versão brasileira do ASSIST se mostraram satisfatórias, o que recomenda a sua aplicação (Humeniuk, et al., 2010).

Mini Exame do Estado Mental - MEEM

O MEEM - mini exame do estado mental, pode ser chamado de exame breve do estado mental. Trata-se de um questionário usado para rastrear perdas cognitivas. É utilizado para estimar a severidade da perda cognitiva em um momento específico e seguir

o curso de mudanças cognitivas em um indivíduo através do tempo. Comumente também é utilizado em medicina para rastrear demência.

Trata-se de um teste rápido que, em cerca de 10 minutos, mede funções incluindo aritmética, memória e orientação. O instrumento de rastreio MEEM inclui questões e problemas simples em algumas áreas: o local e momento da aplicação, repetição de listas de palavras, sequência aritmética como a série de setes, uso e compreensão de linguagem e habilidades motoras básicas. A versão do MEEM se mostrou adequada tanto para uso institucional (hospital, ambulatório) quanto para uso em estudo populacional. A pontuação máxima é de 30 pontos e o ponto de corte padrão é de 23 pontos (Nitrini et al., 2005).

Alguns estudiosos (Bertolucci, Brucki, Campacci & Juliano, 1994; Brucki et al., 2003) questionam o fato da escolaridade não ter sido considerada na avaliação do estudo original do MEEM e propõem novos parâmetros de pontuação mínimas em função desta variável. Assim, sugerem os seguintes parâmetros: 1) Para os que não sabem ler, o ponto de corte padrão seria de 13 pontos, 2) Para indivíduos com baixa/média escolaridade o ponto de corte padrão seria de 18 pontos e 3) Para os de alta escolaridade, o ponto de corte padrão seria 26 pontos.

Na atual pesquisa optou-se por utilizar os parâmetros dos estudos supracitados, adotando o ponto de corte de 18 pontos pelo perfil educacional dos usuários.

4.2.2. Instrumentos da Fase 1 (Coleta principal - parte quantitativa)

Escala ABIPEME

A Aplicação da escala ABIPEME (Associação Brasileira dos Instrumentos de Pesquisa de Mercado) foi realizada para obter os dados socioeconômicos. O critério ABIPEME foi desenvolvido para dividir a população em categorias segundo padrões ou potenciais de consumo. Esse critério cria uma escala ou classificação socioeconômica por intermédio da atribuição de pesos a um conjunto de itens de conforto doméstico, além do nível de escolaridade. A classificação socioeconômica da população é apresentada por meio de cinco classes, denominadas A, B, C, D e E, correspondendo, respectivamente, a uma pontuação determinada (Abipeme, 1997; Neiva, 2007).

Inventário de Percepção de Suporte Familiar – (IPSF)

Esse instrumento tem por objetivo avaliar o quanto as pessoas percebem as relações familiares em termos de afetividade, autonomia e adaptação entre os membros. Pode ser aplicado na população com faixa etária entre 11 e 57 anos e sua aplicação pode ser individual ou coletiva, com um tempo total de 20 minutos.

Na análise das três dimensões (afetivo consistente, adaptação e autonomia) destaca-se o sentido de cada dimensão. O suporte familiar Afetivo-consistente resultou da junção dos fatores antes denominados Afetividade e Consistência, e passou a ter 21 itens. Reflete sobre a expressão de afetividade entre os membros familiares (verbal e não verbal), o interesse, a proximidade, o acolhimento, a comunicação, a interação, o respeito, a empatia, a clareza das regras intrafamiliares, a consistência de comportamentos e verbalizações, além das habilidades na resolução de problemas (Baptista, 2009).

O segundo fator (Adaptação), ficou composto de 13 itens, sendo expressado por perguntas referentes a sentimentos e comportamentos negativos em relação à família, tais como raiva, isolamento, incompreensão, exclusão, não pertencimento, vergonha,

irritação, relações agressivas (brigas e gritos), além da percepção de que os familiares competem entre si, são interesseiros e se culpam nos conflitos, em vez de tentarem relações mais proativas e benéficas. Como essa dimensão foi pontuada inversamente, quanto maior a pontuação, mais adaptado o indivíduo estará a sua família e expressando mais comportamentos positivos (Baptista, 2009).

O terceiro e último fator se refere a Autonomia. Foi composto por 8 itens e possui questões que podem assinalar relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros. Nesse sentido o inventário é composto por 42 afirmações relacionadas a situações familiares, em que o sujeito deve marcar a frequência com que cada uma delas acontece em sua família. Suas respostas são registradas na folha apropriada. A correção é realizada pelo total de pontos, pela avaliação quantitativa e qualitativa. Existem estudos de precisão, validade e tabelas em percentis para o público-alvo de acordo com seu sexo (Baptista, 2005).

Levando em consideração o manual do IPSF (Winick, 1991; Batista, 2009), pode-se estabelecer as pontuações do grupo total e das três dimensões referente ao sexo masculino, que apontam para a classificação dos suportes familiares baixo, médio-baixo, médio-alto e alto. Para classificar a percepção do Suporte Familiar Total leva-se em consideração as seguintes pontuações: baixo (0-53), médio baixo (54-63), médio alto (64-70) e alto (71-84). Já com relação as três dimensões do constructo, pode-se citar as pontuações para o Suporte Familiar Afetivo Consistente levando em consideração as pontuações: baixo (0-21), Médio baixo (22-27), médio alto (28-33) e alto (34-42); para o Suporte Familiar Adaptação: baixo (0-18), Médio baixo (19-22), médio alto (23-24) e alto (25-26); e para o Suporte Familiar Autonomia: baixo (0-9), Médio baixo (10-12), médio alto (13-14) e alto (15-16).

Questionário de Suporte Social (SSQ)

Este instrumento, além de conter em si as principais dimensões funcionais de apoio social descritas na literatura, apresenta propriedades psicométricas adequadas em sua versão original. Os itens da escala, originalmente em inglês, foram submetidos a um processo de tradução e adaptação para o português e avaliados. Assim como na versão original, o questionário é composto por 27 itens. Para cada item, o indivíduo deve indicar com que frequência considera disponível cada tipo de apoio: nunca, raramente, às vezes, quase sempre, ou sempre (Griep, Chor, Faerstein & Lopes, 2003).

Cada questão do SSQ solicita uma resposta em duas partes. Na primeira parte, deve ser indicado o número de fontes de suporte social percebido, podendo listar até nove possibilidades (além da opção ninguém); na segunda parte, a pessoa deve informar sobre sua satisfação com esse suporte, fazendo uma opção em uma escala de até 6 pontos. O SSQ foi submetido a estudos, para determinação de suas medidas psicométricas. Os resultados de adaptação e fidedignidade do SSQ indicam uma fidedignidade teste-reteste analisada como aceitável, bem como um alto nível de consistência interna do instrumento (Matsukura, Marturano, & Oishi, 2002).

Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP)

A Escala de Autoeficácia Geral Percebida é um instrumento de auto relato que pretende avaliar o sentimento geral de competência pessoal para lidar de forma eficaz perante uma variedade de situações estressantes. Essa escala tem sido utilizada num conjunto muito amplo de estudos, já se encontra traduzida e adaptada em várias línguas, inclusive o português, fato que permite sua utilização em estudos comparativos em

diversos países e culturas (Araújo & Moura, 2011; Leme, Coimbra, Gato, Fontaine, & Del Prette, 2013).

A EAGP é um instrumento unidimensional, e a aplicação brasileira confirma a estrutura fatorial encontrada em amostras de vários países, tais como Chile, Costa Rica, Grécia, Espanha, Estados Unidos, entre outros, mostrando suas evidências de validade e fidedignidade altamente satisfatórias (Leme et al., 2013).

3.3.3. Pesquisa Fase 2 (Coleta principal - parte qualitativa)

Para esta fase foi utilizada uma pergunta disparadora aberta para que o usuário falasse de sua percepção sobre a reinserção social - "*Para você o que significa reinserção social?*".

3.4 Procedimento de coleta de dados

A pesquisa foi submetida ao Comitê Científico e de Ética da Universidade Católica de Pernambuco e seguiu, rigorosamente, os preceitos éticos estabelecidos na Resolução 466/12 do CNS e aprovada com o número CAAE 56750016.0.0000.5206 e número do parecer 1.598.388.

A presente pesquisa foi realizada em dois centros de acolhimento intensivo do Programa ATITUDE em Pernambuco (Jaboatão dos Guararapes-PE e Cabo de Sto. Agostinho-PE). A escolha do local foi definida pelo fato desse programa ser uma referência estadual de cuidado, proteção e (re)inserção social aos consumidores de crack. Ressalta-se que no período de coleta da pesquisa (ano de 2016) esses eram os únicos centros de acolhimento intensivos que acolhiam consumidores de crack do sexo

masculino, já que o de Recife-PE passou a acolher só mulheres e o de Caruaru-PE não estava funcionando em sua plenitude no momento. No total, as duas unidades pesquisadas dos centros de acolhimento intensivo do programa ATITUDE têm a capacidade de acolher em média 60 usuários, sendo 30 indivíduos por unidade, a princípio, por um período médio de seis meses.

Em cada centro foi realizada uma apresentação da pesquisa para as equipes e realizado o convite para os usuários que quisessem participar. Foi assumido o compromisso de, *a posteriori*, retornar aos serviços para uma apresentação geral sobre os resultados.

Foi realizada uma cuidadosa etapa de treinamento com 6 pesquisadores que deram suporte à coleta de dados. Após esse processo, foi realizado um estudo piloto com 10 participantes, no Centro de Acolhimento e Apoio (Programa ATITUDE) que tem características bem próximas aos serviços onde a pesquisa foi realizada. A coleta de todos os dados foi realizada no decorrer do ano de 2016.

3.5 Triagem

Para composição da amostra foram utilizados dois instrumentos: 1) *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) e 2) Mini Exame do Estado Mental – MEEM. A triagem foi realizada com 80 indivíduos do serviço que foram convidados a participar de forma voluntária. Eles responderam individualmente ao ASSIST e ao MEEM, sendo elegíveis 56 usuários que atenderam aos critérios de inclusão.

Em seguida, com esse grupo de 56 usuários, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após a assinatura do mesmo, foram aplicados

individualmente os instrumentos da Fase 1 (Coleta principal - parte quantitativa) e, a *posteriori*, realizada a pergunta disparadora relativa a Fase 2 (Coleta principal - parte qualitativa). Ressalta-se que dos 80 indivíduos inicialmente convidados a participar da pesquisa, 5 foram inelegíveis por não apontar escore sugestivo de dependência para o consumo de Crack no ASSIST e 19 não alcançaram a pontuação mínima de 18 pontos no MEEM.

3.6 Coleta de dados

Pesquisa Fase 1 (Coleta principal - parte quantitativa)

Os participantes de início responderam: 1) a escala ABIPEME para identificação dos dados socioeconômicos e, em seguida, foram randomicamente aplicados três instrumentos: 2) Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), 3) Questionário de Suporte Social (SSQ) e 4) Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP).

Pesquisa Fase 2 (Coleta principal - parte qualitativa)

Após aplicação dos instrumentos, foi lançada a pergunta disparadora. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Ressalta-se que dos 56 usuários apenas 45 participaram dessa fase, pois 11 indivíduos relataram não saber responder ou simplesmente não responderam.

3.7 Procedimento de análise de dados

As informações colhidas através dos instrumentos da fase 2 (Coleta principal - parte qualitativa) foram inseridas em um banco de dados no Excel e, posteriormente, analisadas no Pacote “R”, sendo realizadas as análises descritivas (distribuição percentual, média, desvio padrão). Com potencial similar ao do Statistical Package for the Social Sciences - SPSS, o pacote R é um software de acesso livre que foi criado em 1993 por Ross Ihaka e Robert Gentleman na Universidade de Auckland, Nova Zelândia. Consiste num sistema de análise estatística dos mais abrangentes que incorpora testes, modelos e análises estatísticas padrões, além de fornecer uma linguagem abrangente para gerenciar e manipular dados. Novas tecnologias e ideias geralmente aparecem primeiro em R (Oksanen et al., 2011).

Para realizar a análise da percepção do suporte social, do suporte familiar e das crenças de autoeficácia, foram estabelecidas as pontuações em cada instrumento. Com relação ao questionário de Suporte Social (SSQ), a pontuação variou de 1 a 6, sendo 1 “Muito insatisfeito” e 6 “Muito satisfeito”. Já com relação ao Suporte Familiar (IPSF), a pontuação variou de 0 a 2, sendo 0 “Quase nunca ou nunca”, 1 “as vezes” e 2 “Quase sempre ou sempre”. Por fim, a pontuação da Escala de Auto Eficácia Geral Percebida (EAGP) variou de 1 a 4, sendo 1 “discordo completamente” e 4 “concordo completamente”. Assim, levando em consideração as inversões atribuídas as pontuações de cada instrumento e as análises individualizadas com as normas estabelecidas para cada um, quanto maior a média do item, maior foi o conceito referido (satisfação, frequência e concordância).

Para mensurar a confiabilidade dos instrumentos foi utilizado o Alfa de Cronbach (A.C.) e a Confiabilidade Composta (C.C.) (Chin, 1998). De acordo com Tenenhaus, Vinzi, Chatelin e Lauro (2005) os indicadores A.C. e C.C. devem ser maiores que 0,70 para uma indicação de confiabilidade do constructo, sendo que em pesquisas exploratórias valores acima de 0,60 também são aceitos (Hair et al., 2009). Nesse sentido os indicadores de Alfa de Cronbach (A.C.) e de Confiabilidade Composta (C.C.) das dimensões pesquisadas apresentaram valores acima de 0,70, portanto, atingiram os níveis exigidos de confiabilidade.

Na análise da segunda fase da pesquisa, as respostas foram colhidas e posteriormente analisadas qualitativamente através da análise de conteúdo temática (Bardin, 1979; Minayo, 1992). Esse método é definido como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. Ou seja, tem o objetivo de descobrir relações existentes entre o exterior e o próprio discurso (Bardin, 1979).

Análise de Conteúdo Temática, consiste, segundo Minayo (2004, p. 209), “em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. Ela se constitui nas fases da pré-análise, organização do material, análise e interpretação dos dados obtidos. Aplicada esta técnica, cada núcleo de sentido foi fundamentado e discutido individualmente. Assim, entende-se que o uso de núcleos de sentido tem como objetivo fornecer uma representação de forma mais simples dos dados obtidos e permitir que os mesmos sejam facilmente visualizados na pesquisa.

CAPÍTULO IV

ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos resultados foi realizada em duas fases: a primeira - quantitativa, traz a caracterização do perfil socioeconômico dos 56 consumidores de crack, seguida da análise descritiva da percepção de suporte social, do suporte familiar e da autoeficácia. Em continuidade, a parte qualitativa, apresenta a análise de conteúdo temática, realizada a partir dos dados obtidos durante a entrevista com 45 desses consumidores de crack. Posteriormente, foi realizada uma breve discussão de como esses resultados encontram respaldo nos estudos que versam sobre o tema.

Fase 1 (quantitativa)

A média de idade dos participantes foi de 32 anos (DP= 7,67), variando entre 18 e 53 anos. Dos 56 consumidores de crack, a maioria tinha como escolaridade o ensino fundamental completo (35,71%), seguido do ensino médio incompleto (32,14%).

De acordo com a Tabela 1, quase a totalidade dos consumidores estavam sem relacionamento fixo (89,29%) e 26,79% deles viviam com família constituída, enquanto a maioria (48,21%) vivia com pessoas que consideravam ser amigos ou colegas.

Grande parte informou não ter religião (35,71%) ou ser de religião católica (30,36%), sendo referida a religião evangélica apenas em 16,07% dos casos. Dos que informaram ter alguma religião, apenas 25% admitiram ser praticantes.

Quanto ao perfil socioeconômico, obtido a partir da escala ABIPEME, os participantes eram predominantemente da classe C (64,29%). E, em 57,14% dos casos, indicaram outras pessoas como sendo os chefes da família.

Tabela 1

Dados Sociodemográficos dos consumidores de crack

Variável		N	%
Escolaridade	Não sabe ler	1	1,79%
	Ensino fundamental (inc.)	10	17,85%
	Ensino fundamental (comp.)	20	35,71%
	Ensino médio (inc.)	18	32,14%
	Ensino médio (comp.)	07	12,50%
Estado Civil	Casado/união estável	6	10,71%
	Sem relacionamento fixo	50	89,29%
Com quem vive	Outros	6	10,71%
	Família constituída	15	26,79%
	Família nuclear	8	14,29%
	Amigos e/ou colegas	27	48,21%
Religião	Católico	17	30,36%
	Evangélico	9	16,07%
	Não tem	20	35,71%
	Outros	10	17,86%
Praticante (religião)	Não	27	75,00%
	Sim	9	25,00%
Chefe da família	O próprio entrevistado	24	42,86%
	Outrem	32	57,14%
Classe Socioeconômica	B	4	7,14%
	C	36	64,29%
	D	7	12,50%
	E	9	16,07%

Percepção do Suporte Social (SSQ)

Em termos de Suporte Social, a média geral de satisfação foi de 137,88 (DP= 23,64), indicando uma percepção de suporte médio-baixo. Nessa dimensão, no entanto, destaca-se a grande variabilidade das respostas, sendo esta satisfação muitas vezes referida como um apoio social recebido, em verdade, de membros da família nuclear (88,89%), com destaque especial ao papel da mãe.

Foi possível observar, por exemplo, que 85,71% dos participantes relataram ser parte importante da vida de pessoas ligadas à sua família nuclear. Com relação ao apoio para tomada de decisões importantes, (55,36%) relataram contar com a família nuclear para esse apoio. Observando-se também que poderiam contar com o apoio tanto para conversar (57,14%) quanto se precisassem de apoio caso terminassem o casamento (51,79%).

Dos três itens em que não houve referência predominante da família nuclear, pode-se citar que 39,29% relataram não ter alguém para ajudar se um bom amigo(a) tivesse sofrido um acidente de carro e estivesse hospitalizado em estado grave; já 37,50% dos participantes assumiram não ter alguém com quem pudesse ser totalmente eles mesmos, e por fim, 26,79% informaram poder contar com os amigos para ouvi-los, caso estivessem bravos com alguém.

Percepção do Suporte Familiar (IPSF) e de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP)

É válido ressaltar que no IPSF se contempla tanto o suporte da família nuclear quanto da constituída. Na Tabela 2, a seguir, pode-se constatar os escores médios do IPSF. O escore total obtido foi de 51,30 (DP= 15,15), indicando uma baixa percepção de suporte familiar.

Na dimensão *afetivo-consistente*, a média foi de 27,16 (DP=9,44), configurando-se uma percepção de suporte média-baixa. Na dimensão *adaptação*, a média foi de 14,32 (DP= 6,53) apontando para uma percepção de suporte baixa. Na dimensão *autonomia*, a média geral foi de 10,0 (DP= 3,94), indicando uma percepção média-baixa de suporte familiar.

Tabela 2

Resultados da pontuação média do IPSF

Indicadores	Média	D.P.	Min.	Máx.
Suporte Familiar – Total	51,30	15,15	15,00	77,00
Suporte Familiar - Afetivo e consciente	27,16	9,44	5,00	42,00
Suporte Familiar – Adaptação	14,23	6,53	0,00	26,00
Suporte Familiar – Autonomia	9,91	3,94	1,00	16,00

De modo contrário, na EAGP o escore médio da percepção de autoeficácia foi de 27,55 (DP=3,72), configurando-se numa percepção média-alta.

Tabela 3

Percepção de Autoeficácia Geral Percebida

	Variáveis	N	%
Auto Eficácia	Baixa menor que 10	0	0,0%
	Média-Baixa 10-20	1	1,8%
	Média-Alta 20-30	40	71,4%
	Alta 30-40	15	26,8%

Fase 2 (qualitativa)

Para um melhor entendimento sobre as respostas da pergunta disparadora: “Para você, o que significa reinserção social? ”, foram subdivididos os conteúdos das falas em quatro núcleos de sentido, sendo eles: “Trabalho, família e abstinência”; “resgate da cidadania (direitos e deveres) ”; “descrédito na reinserção social” e “a reinserção social depende da sociedade (oportunidades) ”. Deste modo, as Tabelas 4, 5, 6 e 7, a seguir, ilustram essa divisão.

Tabela 4. Análise de conteúdo temática - núcleo de sentido 1

Trabalho, família e abstinência
M. J. “Se integrar com família... família... como é que se diz, né? Família... pra mim mesmo, é família. Pra mim, reinserção social de família (...) eu penso que é o cara parar de usar droga e ter uma família (...)”.
C. A. “(...) é poder me tratar, poder me organizar sem a droga, poder voltar ao comércio de sociedade que eu trabalho, né? E conquistar minha família (...) voltar a trabalhar de novo. O que eu mais pretendo é isso aí na vida. E ter uma família”.
P. K. “Voltar a trabalhar. E voltar a ter minha família de volta, sem a droga. Isso é ressocialização”.

B.A. “É... eu me reintegrar a sociedade, né? (...) quando fico sem uso, eu fico de boa, e tento me interagir com a sociedade.”

C. L. “(...) estar de volta na sociedade, estando com emprego digno”.

V. D. “Deixar essa vida de drogas”.

J. R. “Eu trabalhando, construindo uma nova história de vida, eu de volta a sociedade (...) eu quero voltar pra sociedade, voltar a trabalhar”.

M.D. “ (...) voltar a estudar e fazer nova história. Sem a droga, você consiga mudar o usuário, está entendendo, assim, pra trabalhar, para o convívio da sociedade, da família. Que a gente perde tudo isso na rua. Que a gente começa a morar na rua. Alguns, né? Eu, no meu caso, comecei a morar na rua, então eu perdi todo esse vínculo, tá entendendo? Eu queria retomar isso de novo”.

P.H. “ (...) voltar pra sociedade. É arrumar um emprego. E... como se diz? Viver livre das drogas, ter uma vida normal, como todos os outros cidadãos, e tocar minha vida pra frente, e construir uma família, né? E viver a minha vida, sem droga, e... suar, ter um emprego, ter as minhas coisas com o suor do meu rosto, sem precisar pegar nada que é de ninguém, entendeu?”.

O. D. “Reinserção social é... assim, voltar na sociedade e resgatar os laços familiares, casamento que está destruído, uma amizade que está afastada, arrumar um emprego, sair das drogas, mudar de vida. Aí continuar a vida pra frente”.

Tabela 5. Análise de conteúdo temática - núcleo de sentido 2

Resgate da cidadania (direitos e deveres)

J. P. “ É mostrar ser um cidadão. Porque essa vida aí é sem futuro. ”

R. A. “(...) sendo respeitado como cidadão, como todo cidadão deve ser, que é estar de volta pra sociedade (...) dentro da sua casa, tendo suas obrigações a fazer”.

J. C. “Incluir na cidade, ter uma vida melhor, sendo cidadão e cumprir seus direitos”.

C. L. “É ser um cidadão, né? Voltar aquela vida antes, né?”.

A. I. “(...) pra ser um cidadão de bem, um homem que participa, contribui com os impostos, e seja produtivo. É isso que eu penso.”

S. C. “ (...) reinserção social, a conquista aqui no espaço dos usuários conseguirem ter seus documentos tirados, né? Ter seus documentos tirados, ter direito ao seu RG, ser visto como cidadãos, ter direito a conseguir oportunidade.”

Tabela 6. Análise de conteúdo temática - núcleo de sentido 3

Descrédito na reinserção social

C. F. “ Rejeição. Rejeição, e sem retorno. A sociedade... não tem como aceitar nós de volta, né? Então é rejeição total (...) por isso que eu não acredito na sociedade. Que ela pode aceitar nós de volta. (...) por mais que a gente se esforce, por mais que a gente tente, por mais apoio que a gente tenha, eu acho difícil ela... porque é muito difícil você perder o ente querido e depois você ter que olhar assim, nos olhos daquela pessoa e aceitar ela (...)”.

F. B. “(...) eu não acredito na reintegração dentro da sociedade não. Eu não acredito que ela perdoa nós não. Eu acho muito difícil a gente voltar ao social”.

Tabela 7. Análise de conteúdo temática - núcleo de sentido 4

A reinserção social depende da sociedade (oportunidades).

A. A. “(...) sem oportunidade, entendeu, sem escola, sem a sociedade em conjunto, o usuário ele nunca vai ter uma oportunidade no mercado de trabalho, na sua família, e tudo mais. (...) é muito chato, viver numa sociedade dessa, sem crédito”.

W. J. “Existe uma rejeição na sociedade, porque você drogado e com passagem no presídio que eu tenho, a maioria das pessoas da sociedade exclui você”.

T. G. “ E quero arrumar um emprego, não consigo. Aí é muita dificuldade. Aí a pessoa termina indo para o outro lado, querendo roubar. Especialmente roubar. Mas eu sou mais forte, e não quero roubar. Às vezes eu ia. Às vezes eu ia. Ia roubar. Mas é por isso que eu me sinto excluído da sociedade. Aí a pessoa se sente obrigada a fazer coisa que não quer. Só por causa disso aí. Só por causa de muitos não. Porque muitas vezes eu ia atrás de emprego, e recebia não. Aí terminava praticando coisas que não convém”.

G.H. “para uma boa reintegração social, precisamos mais de oportunidades, que o governo enxergue a gente de uma forma diferente, que enxergue a gente como ser

humano, e não como doentes, como eles catalogam a gente (...) falta mais oportunidades, cursos, falta... eu acho que a sociedade em si, enxergar a gente de uma forma diferente, e quebrar esse tabu de que usuário é marginal (...) falta somente isso, conscientização da sociedade em ver a gente como ser humano, e não como drogados”.

A análise descritiva das informações revela enquanto perfil dos consumidores de crack, que a característica preponderante eram homens, com idade média de 32 anos, que cursaram o ensino fundamental, solteiros, que viviam com pessoas que consideravam ser amigos ou colegas, sem religião ou não praticantes da religião informada e de classe socioeconômica baixa. As características encontradas dos consumidores de crack vão ao encontro de outros estudos na área (Ratton et al., 2014; Siqueira et al., 2015; Ratton & West, 2016; West, 2016; Horta et al., 2016a; 2016b; Evans, 2017; Carvalho & Santana, 2018) que apontaram resultados semelhantes. Nesse sentido, ao se refletir sobre a percepção de (re)inserção social, deve-se levar em consideração essas características.

Um primeiro ponto a se refletir, decorre que, pensar (re)inserção social para esses indivíduos deve levar em consideração a baixa escolaridade, fato que pode interferir diretamente no “cardápio de possibilidades” de (re)inserção, principalmente quando se almeja perspectivas de trabalho e renda. Sabe-se que o fator escolaridade pode estar diretamente ligado às possibilidades de emprego formal, bem como a aquisição de uma renda que seja necessária para uma vida com uma mínima qualidade, levando em consideração bens de consumo e acesso aos serviços (Reis & Ramos, 2011).

Como explicado anteriormente, no capítulo III, a baixa escolaridade impacta também no estabelecimento do ponto de corte no instrumento MEEM (Bertolucci et al., 1994; Brucki et al., 2003) que mede a capacidade cognitiva minimamente preservada. E por isso optou-se por estabelecer um ponto de corte mais baixo, incluindo um maior

número de consumidores de crack. Observou-se nos indivíduos que participaram da pesquisa, uma dificuldade de concentração e, por vezes, de entendimento quanto ao que os instrumentos estavam pretendendo avaliar, culminando em respostas em sua maioria empobrecidas de sentido. Reflete-se que esse empobrecimento pode estar relacionado a uma possível sobreposição de fatores relacionados a baixa escolaridade e aos possíveis déficits cognitivos decorrentes do próprio consumo das drogas.

O elevado número de pessoas que não foram elegíveis para pesquisa através do MEEM, suscitou a dúvida sobre algum déficit cognitivo ou mesmo uma possível influência da baixa escolaridade nesses resultados. Pesquisas (Bertolucci et al., 1994; Brucki et al., 2003) referem que aspectos ligados ao raciocínio não devem ser confundidos com comprometimentos cognitivos, entretanto, vale ressaltar, que o uso abusivo de crack, que incide diretamente no sistema nervoso central, pode provocar vários danos cognitivos (Bessa, 2012; Sayago et al., 2013; Costa et al., 2017; Rodrigues et al., 2017) e esse fato não deve ser negligenciado.

Segundo Sayago et al. (2013), o uso crônico de crack pode resultar em alterações no funcionamento neuronal com conseqüente modificação do desempenho das funções cerebrais, tais como o processo do pensamento, sensopercepção, atenção, concentração, memória, coordenação motora, nível intelectual, entre outros. Esses autores também referem que o julgamento moral, a tomada de decisões e a resolução de problemas ficam prejudicados, pois estas habilidades estão sediadas no córtex pré-frontal, uma das áreas do cérebro mais prejudicada pelo uso desta substância (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2009).

Outra questão no que se refere aos danos cognitivos/neuronais, diz respeito a forma de utilização do crack no Brasil. Apesar da presente pesquisa não ter questionado

aos participantes sobre a forma de utilização do crack, torna-se válido apontar o estudo de Sayago et al. (2013) que versa sobre esse tema. Os autores referem que o consumo de crack, em sua maioria, dar-se através de latas de cerveja/refrigerantes, juntamente com folhas de alumínio. Assim, acredita-se que, soma-se às características psicofarmacológicas da droga, um componente tóxico (alumínio) ao sistema nervoso central (SNC), e essa exposição pode alterar os níveis séricos deste metal no sangue, que pode provocar alterações no funcionamento neurológico e cognitivo.

Levando em consideração o que foi discutido, não se sabe ao certo se a baixa escolaridade teve um peso elevado na pontuação para o MEEM, ou se, de fato, esses consumidores que utilizavam crack e outras drogas adquiriram algum comprometimento cognitivo no decorrer do tempo de consumo, como evidenciam os estudos citados anteriormente. Provavelmente esses dois fatores tiveram sua contribuição. No entanto, esses aspectos não foram contemplados a priori no delineamento do estudo. Tal fato aponta para a necessidade de novos estudos na área, com um melhor controle dessas possíveis variáveis, no intuito de entender melhor o peso delas nesse contexto.

Outra questão importante ligada à baixa escolaridade pode ser refletida a partir do estudo de Horta et al. (2016b). Os referidos autores demonstraram que quando o nível de escolaridade foi maior, o escore de déficit de habilidades sociais foi menor, o que sugere que o aprendizado escolar pode ser um fator importante no desenvolvimento dessas habilidades. Considera-se que dispor de maiores recursos de pode facilitar a adaptação do usuário fora do ambiente familiar, por favorecer uma maior autonomia e a construção de vínculos e redes de apoio social. A importância dessas habilidades em processos ligados à (re)inserção social de consumidores de drogas aparece em alguns estudos na área (Sayago et al., 2012; Barroso, 2013; Rodrigues et al., 2013; Sá, 2014; Coelho et al., 2015;

Horta et al., 2016b; Schneider & Andretta, 2017; Melo & Santana, 2018) e será discutida de maneira mais aprofundada no próximo capítulo.

A análise de que a maioria dos indivíduos não apresentam relacionamentos fixos, atrelado ao fato da maioria relatar viver/morar com pessoas que não consideram da família, pode suscitar uma maior reflexão acerca da dificuldade que essa população tem de estabelecer e manter vínculos mais duradouros. Todavia, apesar do fato de não ter relações conjugais estáveis pode configurar-se como fator de risco (Schneider e Andretta, 2017a), essa questão pode ser problematizada, como aponta o estudo de Horta et al. (2015). Esses últimos autores referem que não ter relacionamento fixo pode, a depender do caso, ajudar na busca de uma relação menos danosa com o crack, sendo um facilitador da abstinência. Essa última questão pode ser explicada, quando por vezes, os integrantes da família constituída, tornam-se parceiros de uso de crack e não apenas vítimas da desordem familiar decorrente desse consumo.

Outro ponto que pode parecer um paradoxo, é que a maioria relatou viver com “amigos e colegas”. Todavia, essas relações se estabelecem, na maioria das vezes, em ambientes de consumo de drogas, caracterizando-se como rápidas, frágeis e sem vínculos reais de confiança. Essa percepção ganha respaldo nos estudos que analisam os contextos vivenciais dos consumidores de crack (Siqueira et al., 2015; Melo, 2013; Ratton & West, 2016; Carvalho & Santana, 2018; Melo & Santana, 2018).

Já estudos que versam sobre a percepção dos familiares acerca do suporte de “amigos e colegas” (Siqueira, et al., 2015; Melo, 2013), apontam para a necessidade do consumidor de crack afastar-se de pessoas que possam influenciar nesse tipo de consumo, ressaltando a importância do monitoramento familiar. Para evitar a exposição das pessoas que consomem crack a situações adversas, seria importante a manutenção de uma rede de

suporte familiar e social efetiva, constituída por pessoas significativas, que assumam um papel de referência segura para os consumidores de crack, questão, que no contexto desses indivíduos, aparece de forma bem escassa.

Outra questão relevante pode ser discutida a partir de alguns estudos (Rodrigues & Torres, 2009; Felipe et al., 2015) que apontam para a importância das crenças relacionadas à espiritualidade. Essas crenças, que podem ser cultuadas por meio de alguma prática religiosa, são tidas como importantes tanto para os aspectos preventivos, quanto para um suporte no tratamento, cuidado e (re)inserção social das pessoas que consomem drogas.

Siqueira et al. (2015) referem que o enfrentamento de problemáticas que envolvem o crack pressupõem a incorporação e integração de outros recursos para além do setor da saúde, como os sociais, psicológicos, econômicos, de segurança e também da religião. O suporte religioso pode se constituir em uma estratégia importante na busca de conforto e esperança aos seres humanos, especialmente no enfrentamento de doenças ou situações traumáticas. Ainda, as práticas religiosas possibilitam prevenir comportamentos autodestrutivos, como os que se manifestam no abuso de drogas.

Os dados colhidos na presente pesquisa apontam que 35,71% dos consumidores de crack não tem religião, soma-se a isso o fato de que 75% das pessoas que tinham religião, indicaram não praticar diretamente sua fé. Assim, pode-se refletir que a vivência prática de uma religião, apontada pelos estudos como um fator de proteção, não se encontra presente na maioria dos indivíduos pesquisados.

Já com relação à situação socioeconômica, pode-se refletir que a maioria dos indivíduos, apesar de terem acesso a alguns bens de consumo, estavam caracterizados como pessoas de baixa renda, tendo em vista que não houve nenhum indivíduo

classificado na dimensão “A”, assim como, apenas 7,14% se situavam na dimensão “B”. Agregando as classes C, D e E, essa soma contempla 92,86% dos indivíduos, destacando a classe “C” com 64,29%. Esse fato converge com os dados de outros estudos com essa população (Ratton et al., 2014; Ratton & West, 2016; West, 2016) e traz o entendimento de que esses indivíduos que acessam o programa ATITUDE (que é tipificado na assistência social), de fato, são pessoas que necessitam do apoio do Estado, tendo em vista a sua vulnerabilidade socioeconômica, além de todos os outros problemas que podem decorrer do consumo de crack e outras drogas.

Um ponto importante a se esclarecer é que muitos usuários informaram que a vida ficou bem pior após o consumo abusivo de crack e esses achados também encontram semelhanças em outros estudos (Ganev & Lima, 2011; Horta et al., 2016a; Schneider et al., 2016). Assim, o fato da maioria pertencer a dimensão “C”, pode estar ligada à particularidade da própria escala ABIPEME. Esta, busca informações da situação socioeconômica em termos de bens materiais que a família dispõe e não sobre a condição do próprio indivíduo. Deste modo, pode-se suspeitar que, apesar de muitos se considerarem numa situação intermediária, quando se considera o fato de muitos viverem em condições de extrema vulnerabilidade, fora do contexto familiar, essa percepção parecer estar superestimada.

Em contraposição, Freire et al. (2012) reflete que o baixo poder aquisitivo encontrado em grande parte das pesquisas com essa população, pode estar relacionado com a dificuldade de avaliar a situação socioeconômica, devido a dívidas frequentes com o tráfico, bem como com a perda de vínculos familiares. Essa última questão pode levar os consumidores de drogas a serem classificados em classes socioeconômicas inferiores à classificação que tinham antes do efetivo rompimento com a família.

Outro ponto que pode ser lavado em consideração, diz respeito ao local de coleta do estudo. Este, sendo um equipamento ligado à política de assistência social do Estado de Pernambuco, preconiza o cuidado para pessoas que necessitam, diferentemente da política de saúde que é destinada para todos (Pernambuco, 2013).

Outra reflexão importante se direciona ao instrumento de triagem, o ASSIST. Os dados colhidos revelaram que 100% dos consumidores de crack também referiram o consumo de mais duas outras substâncias – álcool e/ou tabaco e/ou maconha. Tal apontamento traz a reflexão que, na caracterização desses indivíduos, deve-se levar em consideração que se tratam de “poliusuários”. Esses achados se coadunam com outros estudos (Noto et al., 2003; Galduróz, et al., 2005; Bastos et al., 2008; Oliveira & Nappo, 2008; Gigliotti et al., 2012; Sayago et al., 2012).

Algumas hipóteses são propostas para explicar esse consumo associado de crack com outras drogas, como a possibilidade de reduzir os efeitos da ansiedade, da fissura, da intensidade dos efeitos negativos do crack, ou mesmo intensificar os efeitos desejados (Oliveira & Nappo, 2008; Sayago et al., 2012). Outro ponto que pode ser levado em consideração é que, os padrões culturais contemporâneos acabam estimulando o consumo de drogas, principalmente as lícitas, como o álcool e o tabaco (Roehrs et al., 2008; Schenker & Minayo, 2004). Já a maconha é apontada como a droga ilícita mais consumida no mundo (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2009).

Soma-se a isso o fato de que muitos indivíduos que estão sendo acompanhados fazem uso de medicações, pois alguns também são acompanhados por serviços de saúde para tratar o transtorno por uso de substâncias ou outros transtornos comórbidos. Esse fato eleva o nível de complexidade das intervenções, tendo em vista a importância de se

considerar a influência desses aspectos no planejamento interventivo com vista à (re)inserção social.

Todos esses fatores abordados que permeiam a investigação sobre a influência da percepção do suporte sociofamiliar e da autoeficácia na percepção de (re)inserção social de consumidores de crack, lastreiam essa análise e convocam a uma discussão mais aprofundada a partir da hipótese lançada nesse estudo.

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO

Inicia-se essa discussão com o resgate da hipótese do estudo de que a percepção de (re)inserção social pode estar relacionada com a percepção de suporte sociofamiliar e de autoeficácia. Partindo dessa assertiva os resultados serão discutidos à luz da literatura, tomando-se três eixos: (1) reflexões sobre o suporte sociofamiliar e a (re)inserção social; (2) reflexões da autoeficácia e a (re)inserção social e (3) reflexões sobre a percepção de (re)inserção social e o desafio de sua implementação.

Reflexões sobre o suporte sociofamiliar e a (re)inserção social

A percepção de satisfação do suporte social foi média-baixa e na grande maioria das respostas estavam ligadas a um suporte mais familiar do que propriamente social (extrafamiliar). Estudos enfatizam a importância do suporte social na remoção de possíveis atritos na interação dos consumidores de drogas com a sociedade (Pitta, 1996; Hirde, 2000; Saraceno, 2001; Santos, 2008; Melo & Santana, 2018). Esse suporte, quando realizado por pessoas significativas e que influenciam positivamente os padrões de comportamentos funcionais, pode ajudar na construção de ações que visam a diminuição do consumo ou mesmo na manutenção da abstinência, facilitando a aquisição de um novo papel social (Schneider et al., 2016).

A teoria sociocognitiva quando versa sobre a importância dos aspectos sociofamiliares, pressupõe que o funcionamento humano se dá através de uma influência triádica, na qual os aspectos cognitivos, comportamentais e ambientais interagem como

determinantes recíprocos, modelando socialmente os indivíduos (Bandura, 1986; 2001; Carvalho & Santana, 2018; Melo & Santana, 2018).

Nessa perspectiva, o comportamento de consumo tido como disfuncional, também é permeado por essas influências que envolvem os modelos de referência social e, mais particularmente, o familiar. Carvalho e Santana (2018) versam que fatores como relacionamento conflituoso com os pais, consumo de drogas entre familiares, desorganização familiar, violência intrafamiliar, pouca comunicação, falta de monitoramento e apoio familiar, podem contribuir para iniciação e/ou manutenção do consumo de drogas.

Nesse sentido, ressalta-se a importância da qualidade do suporte sociofamiliar no desenvolvimento biológico, psicológico e social do indivíduo e esse suporte, quando efetivado, pode amenizar possíveis impactos negativos, favorecendo a aquisição de habilidades sociais, bem como o aprimoramento de uma melhor regulação interna de sentimentos e emoções (Barroso, 2013; Rodrigues et al., 2013; Coelho et al., 2015). Assim, um efetivo suporte sociofamiliar pode ajudar no enfrentamento dos possíveis desafios que os consumidores de crack vão vivenciar na busca de uma (re)inserção social.

Outro ponto importante é que pesquisas na área (Pinho et al., 2008; Ganev & Lima, 2011) referem que o isolamento social muito percebido nos consumidores de crack, também pode ser influenciado por questões internas/subjetivas, ou mesmo por um déficit na aquisição de habilidades sociais (Sayago, et al., 2012; Barroso, 2013; Rodrigues et al., 2013; Coelho et al., 2015; Horta et al., 2016b; Schneider & Andretta, 2017a; 2017b). Caso isso ocorra, os consumidores de crack podem se sentir inaptos a receber o apoio social, dificultando diretamente o engajamento em ações de (re)inserção. Ganev e Lima (2011)

também apontam que o processo de “autoexclusão” não é incomum nas pessoas que tem transtorno por uso de substâncias, fato que necessita ser avaliado com atenção.

Segundo Schneider e Andretta (2017b) foi constatado o não estabelecimento de comportamentos de “traquejo social” ou desenvoltura social em consumidores de crack que participaram de seus estudos. Tal fato pode estar ligado ao “não ajustamento” do indivíduo aos padrões culturais de seu contexto social. Desta forma, percebe-se implicações negativas de suas relações interpessoais, o que aumenta a probabilidade da manutenção de comportamentos disfuncionais. Esses autores também relatam que, em geral, o consumo de crack é realizado de forma isolada, sem a necessidade de interações interpessoais. Esse fato faz refletir sobre a possibilidade de uma substituição do “bem-estar” vinculado às relações humanas pelo intenso prazer que o consumo de crack oportuniza para o indivíduo.

O apoio social traduzido nas relações interpessoais, já é extensamente considerado na literatura (Pinho et al., 2008; Ganev & Lima, 2011) como importante fator de proteção. Assim, o suporte social parece influenciar na motivação e nos resultados tanto relativos ao tratamento quanto para as possíveis escolhas em prol de uma melhor qualidade de vida. Todavia, nos resultados da presente pesquisa, ressalta-se que parece haver sobreposição da percepção de apoio social com o suporte também oferecido pela família. Tal percepção caminha no sentido de outros estudos (Ratton et al., 2014; Siqueira et al., 2015; Ratton & West, 2016; West, 2016; Evans, 2017; Horta et al., 2016a; 2016b, Carvalho & Santana, 2018; Melo & Santana, 2018), já que a maioria dos indivíduos consideram que esses suportes externos/sociais estão bem fragilizados e/ou rompidos.

Entretanto, apesar da fragilidade sociofamiliar que esses indivíduos apresentam, eles não se encontram completamente desprovidos de recursos adaptativos. Numa

perspectiva mais sociocognitivista, considera-se que o indivíduo possa assumir um papel proativo na reconstrução e formação de novos vínculos, possibilitando um (re)estruturação do suporte sociofamiliar. Isso é possível, por exemplo, adotando-se outros “caminhos comportamentais” que favoreçam a redução dos estigmas vivenciados e um maior envolvimento com a família e/ou pessoas significativas (Bandura, 2000, 2001; Ganev & Lima, 2011; Pinho et al., 2008).

Outro ponto que pode ser levado em consideração é que, nos processos de (re)inserção social de consumidores de drogas, o suporte sociofamiliar, quando trabalhado por equipes multidisciplinares, são focados, quase que exclusivamente, nos familiares. Pouca atenção é dada aos aspectos comunitários mais amplos, como a participação em “micro-comunidades”, representadas por instituições religiosas e associações comunitárias, por exemplo (Pinho et al. 2008). Contudo, reconhece-se o quão desafiador é para os profissionais e as instituições de cuidado proporem ações que integrem esses microssistemas, facilitando uma efetiva ampliação do apoio sociofamiliar.

Ao focalizar mais especificamente o baixo suporte familiar percebido, defronta-se com a realidade de que muitas famílias já são estruturadas sob um lastro de muitas vulnerabilidades e carências; fato este que pode dificultar o engajamento no processo de (re)inserção de seu membro, mesmo que as famílias intencionem contribuir nesse sentido. Por isso, entende-se que a ampliação de ações sociais que favoreçam a minimização das vulnerabilidades do grupo familiar e a alocação de recursos socioeconômicos que contribuam para o engajamento familiar nos programas de cuidado, são fundamentais (Melo & Santana, 2018).

As intervenções que incluem a família podem produzir resultados significativamente positivos no que se refere aos transtornos ligados ao consumo de

drogas, tendo maior sucesso do que as intervenções focadas apenas no indivíduo. Nesse sentido, a motivação do consumidor drogas em estabelecer mudanças positivas para sua vida, muitas vezes, pode estar relacionada com as crenças de expectativas parentais positivas, em que a combinação entre o reconhecimento dos problemas por parte do familiar e a crença de que seu membro pode ultrapassá-los, pode refletir diretamente no engajamento no processo de (re)inserção (Apodaca et al., 2002; Schenker & Minayo, 2003; Horta et al., 2015; Melo & Santana, 2018).

Reflexões da autoeficácia e a (re)inserção social

A constatação de uma tendência a uma elevada autoeficácia percebida destoa das percepções sociofamiliares discutidas anteriormente. Duas direções reflexivas podem ser adotadas nesse momento:

A primeira conduz a uma visão mais resiliente, diante da qual os consumidores de crack investigados podem ter uma capacidade percebida para superação dos desafios, tanto ligados a preceitos básicos, como a falta de moradia, baixos níveis de sociabilização, escassez socioeconômica, quanto a situações mais extremas, tendo em vista que esses consumidores de drogas muitas vezes necessitam guiar suas vidas completamente sozinhos e sem apoio (Bandura, 2000; Azzy & Polydoro, 2006; Wallauer et al., 2010).

Todavia, uma outra reflexão pode ser feita, tendo em vista a situação de vulnerabilidade desses consumidores de drogas. Uma percepção de autoeficácia “média-alta” nesses indivíduos também pode apontar para uma distorção nessa construção de perspectiva (Wallauer et al., 2010; Ferreira et al., 2015). O fato de mostrarem uma elevada convicção em suas habilidades de resolução de problemas pode estar superestimado,

interferindo inclusive em seus esforços para superar o abuso das drogas e se (re)inserir socialmente.

Santana (2009) assinala a importância de se considerar o alicerce adquirido no meio sociofamiliar para o desenvolvimento de condutas mais ou menos funcionais. Daí, a percepção de uma autoeficácia equilibrada pode contribuir para um manejo mais adequado das pressões e questões estressantes, sendo um mediador da capacidade resiliente e superação das dificuldades durante o processo de (re)inserção social. Por outro lado, o convívio em um meio sociofamiliar desequilibrado, também podem dificultar a percepção de uma autoeficácia adequada, e assim prejudicar o enfrentamento de situações difíceis e a obtenção de resultados positivos de (re)inserção.

Uma percepção distorcida de autoeficácia também pode estar ligada a um processo de pouca motivação para a mudança, em que se supervaloriza suas capacidades, porém, essa supervalorização, não encontra respaldo em efetivas mudanças de comportamento. Essa perspectiva também é evidenciada em estudos (Ávila et al., 2016; Horta et al., 2016b) que buscaram compreender os estágios motivacionais para mudança de consumidores de crack. Segundo Ávila et al. (2016) e Horta et al. (2016b), a avaliação da motivação para mudança pode ser um diferencial para entender a elevada percepção de autoeficácia em consumidores de crack, tendo em vista que tanto a motivação pode interferir na percepção de autoeficácia, quanto o inverso.

Atividades que são percebidas como menos difíceis podem representar um excesso de confiança que compromete seus resultados. Deste modo, não necessariamente a percepção de autoeficácia estará diretamente ligada aos resultados, mas sim, às interpretações que esses consumidores de drogas fazem dos resultados. Avaliações equivocadas podem dificultar o processo de (re)inserção social na medida em que causam

uma discrepância entre a percepção de autoeficácia, o comportamento que necessita ser desempenhado e o próprio resultado (Bandura et al., 2008).

Bandura et al. (2008) também comentam que não é incomum pessoas com algum nível de comprometimento cognitivo, mesmo que momentâneo, superestimarem suas capacidades, pois a necessária autoavaliação da autoeficácia precisa ser constante e, para isso, as faculdades mentais precisam estar em pleno funcionamento. Tendo em vista os possíveis danos cognitivos adquiridos pelos consumidores de crack, somados à baixa escolaridade, pode-se supor que, na amostra investigada, essa superestimação da autoeficácia torna-se bastante factível.

Reflexões sobre a percepção de (re)inserção social e o desafio de sua implementação

A (re)inserção social pode ser vista como uma questão global e sistêmica, não divisível em etapas sucessivas e que carece de uma atenção individualizada (Carvalho, 2007). Leva-se em consideração que cada pessoa tem uma história única e um modo próprio de dar significado ao seu passado, presente e futuro, bem como, tem sua maneira de interagir com outras pessoas e seu contexto. Em sendo a (re)inserção social um processo complexo, com avanços e retrocessos, sua implementação possivelmente dependerá das vivências pessoais, dos contextos socioculturais e das oportunidades. Nesse sentido, estudar como os consumidores de crack percebem a (re)inserção social é um assunto que demanda um intenso esforço para se lograr êxito em seu entendimento.

Na presente pesquisa, ao se revelar os núcleos de sentido (NS): “Trabalho, família e abstinência”; “resgate da cidadania (direitos e deveres)”; “descrédito na reinserção

social” e “a reinserção social depende da sociedade (oportunidades)”, evidencia-se a heterogeneidade de sentidos possíveis acerca da percepção de (re)inserção social dos consumidores de crack.

Quando as respostas apontam para uma percepção da (re)inserção social ligada ao primeiro núcleo de sentido “trabalho, família e abstinência”, pode-se entender que esses consumidores de crack já chegaram a níveis de vulnerabilidade em que os laços sociofamiliares, muitas vezes, já estão bastante fragilizados, como refere o consumidor de crack O.D.: “(...) *resgatar os laços familiares, casamento que está destruído, uma amizade que está afastada, arrumar um emprego (...)*”. Corroborando esses argumentos, pode-se citar o estudo de Freitas (2005) que aponta para as dificuldades individuais, relacionais e sociais dessa população que, na maioria dos casos, culminam em rompimento na integração com a família e com os aspectos de trabalho.

Para a retomada desses processos, torna-se importante o indivíduo (re)aprender a estabelecer relações mais sadias e baseadas numa comunicação mais sincera e efetiva, para que assim a (re)integração familiar seja possível, como desejado por M.D.: “ (...) *voltar a estudar e fazer nova história. Sem a droga, você consiga mudar o usuário, está entendendo, assim, pra trabalhar, para o convívio da sociedade, da família. Que a gente perde tudo isso na rua. Que a gente começa a morar na rua. Alguns, né? Eu, no meu caso, comecei a morar na rua, então eu perdi todo esse vínculo, tá entendendo? Eu queria retomar isso de novo*”.

Nesse sentido, o planejamento de (re)inserção deve visar o desenvolvimento e a consolidação das relações familiares e sociais de forma satisfatória e equilibrada, fomentando a capacidade de tomar decisões e aumentando a tolerância às frustrações (Nappo et al., 2012; Carvalho & Santana, 2018; Melo & Santana, 2018).

Como já discutido, dos problemas relacionados ao consumo do crack, os conflitos familiares se apresentam como algo bem comum, pois o consumo desta droga está, não raramente, atrelado a comportamentos de risco que trazem consequências para vida, favorecendo o esgotamento dos recursos financeiros e comprometimentos com o tráfico. Essa última consequência, põe em risco não só o indivíduo, mas como a própria família (Nappo et al., 2012).

Nota-se que esses pontos se referem a processos contextuais, porém, como um grande alicerce em questões individuais. Assim, uma hipótese refletida seria que a percepção do êxito das ações de (re)inserção perpassa, muitas vezes, por uma variante que os próprios consumidores de crack apontam em suas respostas: “a abstinência das drogas de abuso”. Esse fato pode ser revelado nas falas de B. A.: “*É... eu me reintegrar à sociedade, né? (...) quando fico sem uso, eu fico de boa, e tento me interagir com a sociedade*”, de V. D.: “*Deixar essa vida de drogas*” e P. H.: “*(...)viver livre das drogas, ter uma vida normal, como todos os outros cidadãos (...)*”. Segundo Freitas (2005) esse ponto é importante, pois no âmbito dos relacionamentos sociais vão existir momentos em que não é tolerada a atitude de manter-se sob efeito de alguma substância psicoativa, principalmente no ambiente laboral.

Deste modo, tentar elaborar momentos de interação social sem que necessariamente a droga esteja presente, pode trazer mais confiança tanto para o meio social próximo, quanto para o próprio indivíduo. Mudanças no estilo de vida, a modificação do círculo social, especialmente das amizades, a ocupação com atividades que sejam fonte de prazer sem que a droga esteja presente e a aquisição de um maior repertório de habilidades sociais, são pontos importantes para se tentar êxito nesse objetivo (Freitas, 2005).

Todavia, essas questões são caracterizadas como grandes desafios enfrentados por consumidores de crack e, provavelmente, muitas dessas podem ser subestimadas pelos próprios profissionais que lidam com essa demanda.

Pode-se refletir que muitos profissionais se sentem desestimulados quando precisam lidar com problemas mais amplos e menos controláveis, esse fato pode se desdobrar em ações que privilegiam algumas variantes em detrimento de outras, comprometendo a visão dimensional da complexidade do processo. Soma-se a isso o fato de que muitos consumidores de crack vivem em ambientes que oferecem poucas possibilidades de mudança (Coelho et al., 2015; Melo & Santana, 2018), questão que evidencia a real dificuldade de se implementar ações de (re)inserção social nessa população.

Outra questão importante, que comumente é incluída nas ações de (re)inserção, diz respeito à integração dos consumidores de crack nas esferas de trabalho. Torna-se válido refletir que, a abertura de postos de trabalho como uma noção de utilidade social, por si só, não garante que esses indivíduos se engajem efetivamente no exercício profissional e obtenham êxito (Carvalho, 2007; Paiva et al., 2014), mesmo que essa visão seja balizada pelos próprios indivíduos, como percebe J. R.: *“Eu trabalhando, construindo uma nova história de vida, eu de volta a sociedade (...) eu quero voltar pra sociedade, voltar a trabalhar”*. Deste modo, desempenhar um trabalho remunerado, formal ou informal, mantê-lo e crescer profissionalmente requer, para além da disponibilidade de postos de trabalho e capacitação técnica, aquisições e manejo de várias habilidades socioemocionais que, muitas vezes, não estão presentes no “momento de vida” desses indivíduos (Carvalho, 2007; Selegim et al., 2011; Sayago et al., 2013; Paiva et al., 2014).

Fomentar a aquisição de habilidades que façam com que os consumidores de crack possam conhecer e aceitar as normas e hábitos sociais, que facilitem seus processos de adaptação e favoreçam o desenvolvimento de suas competências pessoais e sociais, pode ampliar as possibilidades de êxito na (re)inserção profissional (Freitas, 2005).

Também é importante resgatar a visão triádica que esse processo incorpora (Bandura, 2000), visto que implica numa reciprocidade que envolve o indivíduo, ambiente e seu contexto. Subestimar essa condição adotando uma visão unilateral do processo, seria gerar condições para o insucesso da (re)inserção. Dada a complexidade desse processo, é imprescindível entender o quanto de colaboração cada uma dessas variáveis obtém, visto que nem só o indivíduo é exclusivamente responsável pelo seu processo de (re)inserção, mesmo adotando uma postura agêntica, nem tampouco a estrutura social que o abarca.

Os preceitos sociocognitivos (Bandura, 1986; 2000; 2001; 2006; Azzi, 2010) revelam o poder da cultura e dos aspectos sociofamiliares também na formação agêntica do indivíduo. Nesta perspectiva, como menciona Azzi (2010), a modelação social atribuída a esses aspectos irá influenciar nas questões do autodesenvolvimento, adaptação e mudança, uma vez que os indivíduos são produtos e produtores dos sistemas sociais. A visão de homem na Teoria Social Cognitiva é a de um indivíduo que se constitui inserido em sistemas sociais e é por meio das trocas com este meio social que a adaptação e mudança ocorrem.

Nesse sentido, por mais que o próprio consumidor de crack apresente o desejo de se vincular a um trabalho, como consta nos relatos de P.H.: “(...)é arrumar um emprego (...) suar, ter um emprego, ter as minhas coisas com o suor do meu rosto, sem precisar pegar nada que é de ninguém (...)” e também de C. A.: “(...) poder voltar ao comércio

de sociedade que eu trabalho, né? (...) voltar a trabalhar de novo. O que eu mais pretendo é isso aí na vida(...)”, esse caminho necessita ser construído de maneira conjunta com a avaliação do profissional que o acompanha e/ou de pessoas significativas, levando em consideração a motivação, as habilidades e as condições momentâneas para lidar com os desafios propostos (Freitas, 2005; Carvalho, 2007).

Fugir desse modelo seria tentar, de certa forma, “forçar” o indivíduo a um processo de adaptação, que na maioria dos casos não se estabelece de maneira simples, e pode, *a posteriori*, trazer alguns efeitos iatrogênicos para o processo motivacional e de autoestima, caso ele não tenha êxito nessa adaptação (Freitas, 2005; Carvalho, 2007). Outro fato importante é que a estreita relação entre trabalho e utilidade social, pode mediar a percepção de uma efetiva cidadania, e essa questão vem à tona na discussão do segundo núcleo de sentido: “resgate da cidadania”, a seguir.

No contexto de vida dos consumidores de crack, uma efetiva percepção de cidadania pode estar relacionada à aquisição de novos papéis sociais, alicerçados por uma retomada dos vínculos familiares, pela abstinência do consumo de drogas ou mesmo pela inserção no mercado de trabalho (Freitas, 2005; Carvalho, 2007; Melo & Santana, 2018). Deste modo, destaca-se que as percepções evidenciadas nos núcleos de sentido se complementam; todavia, necessitam ser discutidas de maneira individualizada, para que se possa efetivar um melhor entendimento.

É importante lembrar que ser cidadão de plenos direitos e deveres, implica aos consumidores de crack uma (re)configuração desse “novo” lugar social (Freitas, 2005). Os relatos de A. I.: “(...) *ser um cidadão de bem, um homem que participa, contribui com os impostos e (...) produtivo*” e de J. C.: “*incluir na cidade, ter uma vida melhor, sendo cidadão, e cumprir seus direitos*”, apontam para uma necessidade de se (re)integrar à

sociedade por meio de uma construção cidadã, participativa e autônoma. Carvalho (2007) comenta sobre a importância do equilíbrio entre garantir os direitos e capacitar o indivíduo para exercer seus deveres, no intuito de promover uma verdadeira autonomia cidadã. Deste modo, reflete-se sobre a hipótese de que o desequilíbrio nesses pontos pode favorecer sentimentos sociais de “injustiça”, assim como pode gerar no indivíduo um sentimento de impotência e falta de motivação perante as mudanças necessárias para sua vida.

Apesar do entendimento de que não há um modelo único de (re)inserção, a ideia de projeto e reestruturação de vida, como do envolvimento de pessoas significativas e do contexto que cercam os indivíduos, continua sendo uma perspectiva bem respaldada. Sendo assim, deve-se dar importância aos processos de vinculação do indivíduo com o seu meio social, e se espera que através dessa vinculação, eles possam se desenvolver como cidadãos, usufruindo de seus direitos e exercendo seus deveres. A (re)inserção social nesse sentido pode ser pensada enquanto o estabelecimento de interação, participação e socialização, com o objetivo de proporcionar acesso a uma “nova” identidade social (Carvalho, 2007; Paiva et al., 2014).

Diante do exposto, configurar-se enquanto um sujeito cidadão/autônomo seria aproximar esse conceito ao que Bandura (1986) considera em sua teoria, quando aborda sobre o “sujeito agente”. Ele considera que o sujeito influencia intencionalmente o funcionamento e as circunstâncias de sua vida, forma intenções que incluem planos e estratégias de ação para realizá-las. Assim, esse indivíduo pode criar objetivos para si mesmo e antecipar os resultados prováveis de suas ações.

Todavia, é importante lembrar que o crack age diretamente no SNC dos indivíduos e seu efeito psicofarmacológico pode comprometer uma avaliação mais crítica, inclusive

do próprio consumo, que dirá dos processos autoavaliativos. Estudos já referem que características como imediatismo/impulsividade, a valorização do presente, a busca de emoções e de novidades e a pouca evitação de danos, são características bem presentes nos consumidores de crack e podem ser preditores de problemas mais graves (Bessa, 2012; Perrenoud e Ribeiro (2012). Sobre esse assunto, Perrenoud e Ribeiro (2012, p. 35) apontam que não é incomum “o pensamento do usuário se reduzir ao consumo do crack, em detrimento do sono, da comida, do afeto e do senso de responsabilidade”.

Como já discutido anteriormente, a Teoria Social Cognitiva considera a agência pessoal e a estrutura social como assuntos conectados e influenciados de modo recíproco (Bandura, 1986; 2000; 2001; Santana, 2009). Ou seja, levando em consideração que “fatores pessoais internos, na forma de eventos cognitivos, afetivos e biológicos, padrões comportamentais e influências ambientais, atuam como determinantes que interagem e se influenciam mutuamente de forma bidirecional” (Bandura, 2001, p.15), trabalhar para que o ambiente se torne favorável ao indivíduo, sem que o mesmo busque processos internos de adaptação e autonomia, é uma hipótese que provavelmente não trará resultados expressivos em direção da (re)inserção social.

Já a análise da percepção de “descrédito na reinserção social” apontada no terceiro núcleo de sentido, pode estar atrelada aos resultados ineficazes no que diz respeito a uma participação social efetiva, assim como, na real situação de vulnerabilidade que esses consumidores de crack se encontram. Selegim et al. (2011) e Sayago et al. (2013) apontam os consumidores de crack como pessoas que tendem a ter um pior ajustamento no trabalho, lazer, gestão financeira e convívio familiar, quando comparados as pessoas que não consomem crack. Soma-se a isso, a própria noção de exclusão social, carregada por intensos estigmas.

Essas dificuldades podem contribuir e/ou coexistir com os aspectos de autoexclusão (Ganev e Lima, 2011), que não raramente vem acompanhados de negligência nas necessidades corporais, ruptura dos laços familiares e sociais, assim como o envolvimento em atividades ilícitas (Oliveira & Nappo, 2008), bem comuns no contexto dos consumidores de crack. A autoexclusão somada aos aspectos de exclusão social propriamente ditos, pode ser refletida através da percepção de C. F.: “(...) *rejeição. Rejeição, e sem retorno. (...) porque é muito difícil você perder o ente querido e depois você ter que olhar assim, nos olhos daquela pessoa e aceitar ela (...)*” e de F. B.: “(...) *eu não acredito na reintegração dentro da sociedade não. Eu não acredito que ela perdoa nós não. Eu acho muito difícil a gente voltar ao social*”.

Ganev e Lima (2011) aponta que a “autoexclusão” não é incomum nas pessoas que tem transtorno por uso de substâncias. Ocorre a partir da pessoa que consome drogas para consigo mesmo, e acaba sendo um processo inerente à dinâmica da maioria dos consumidores de crack. O fato de necessitar de um possível “perdão social”, pode ser referendado pelos próprios comportamentos disfuncionais e não raramente ilícitos, que favorecem tanto uma má reputação social, como também pode fomentar uma avaliação negativa de si mesmo.

Levando em consideração os preceitos da Teoria Social Cognitiva, pode-se refletir que muitos indivíduos também podem recorrer à mecanismos psicológicos de desengajamento moral para legitimar algumas condutas que tendem a gerar sensações desagradáveis (Bandura, 1986), como exemplificado no relato de T. G, atribuído ao quarto núcleo de sentido: “(...) *Aí a pessoa termina indo para o outro lado, querendo roubar. Especialmente roubar (...) mas é por isso que eu me sinto excluído da sociedade.*”

Aí a pessoa se sente obrigada a fazer coisa que não quer. Só por causa disso aí (...)recebia não. Aí terminava praticando coisas que não convém”.

Bandura (1986; 2000; 2001) salienta que os indivíduos recorrem a mecanismos psicológicos de desengajamento moral para legitimar algumas condutas que tendem a gerar auto-sanções, em alguns contextos sociais. No caso dos transtornos por uso de substâncias, o efeito da droga atua de modo a não ativar o mecanismo cognitivo que permite ao indivíduo processar um julgamento moral (Melo, 2013; Carvalho & Santana, 2018). Isto é, os consumidores, sob o efeito da substância ou submetidos à abstinência dela, seriam acometidos de um comprometimento transitório em sua capacidade para julgar as consequências de seus próprios atos. Contudo, é importante esclarecer que partindo desta perspectiva, o consumidor de crack não está desprovido de valores morais, mas temporariamente comprometido em sua habilidade cognitiva para priorizá-los.

O relato supracitado, atribuído ao quarto núcleo de sentido “a (re)inserção social depende da sociedade”, pode estar estritamente ligado a percepção de exclusão social. Bandura (1986; 2001; 2006) refere que os mecanismos de desengajamento moral não são exclusivos dos indivíduos, pois a sociedade também desenvolve essa postura com o intuito de justificar suas ações excludentes. A exclusão social que acomete os consumidores de crack pode ganhar entendimento nessa teoria, que aponta a “desumanização” como um dos mecanismos utilizado quando se retiram das pessoas suas qualidades humanas. Essa percepção pode ser ilustrada pela fala de G.H.:(...) *“para uma boa reintegração social, precisamos mais de oportunidades, que o governo enxergue a gente (...) como ser humano, e não como doentes (...) falta mais oportunidades, cursos, falta... eu acho que a sociedade em si, enxergar a gente de uma forma diferente (...) conscientização da sociedade em ver a gente como ser humano, e não como drogados”.*

Contudo, torna-se importante frisar que esse julgamento social, muitas vezes, faz-se a partir de pressupostos que tentam diferenciar se as condutas estão inseridas de forma funcional no contexto social ou não se adequam aos valores e hábitos sociais. Essas premissas possivelmente irão depender da excentricidade da conduta desses consumidores de crack, que podem sofrer influências de déficits biológicos/cognitivos e comportamentais, de aspectos ligados às competências sociais, da intencionalidade, de atributos pessoais, dentre outros.

Em suma, pode-se refletir que as possibilidades de (re)inserção social de consumidores de crack se traduzem em ações complexas e desafiadoras, principalmente quando se leva em consideração a multifatorialidade dos problemas e de suas possíveis “soluções”. Pensar nessas estratégias deve levar em consideração questões relevantes da história desses indivíduos, fato que implica na necessidade de ações preventivas para que não cheguem aos serviços já com níveis extremos de comprometimento. Porém, a carência de um adequado suporte sociofamiliar, assim como, de profissionais bem capacitados para as intervenções de (re)inserção, pode comprometer esse objetivo.

Olhar para história desses consumidores de crack pode facilitar o entendimento de alguns processos, bem como ajudar na construção de intervenções mais apropriadas a cada caso, tendo em vista que os fatores de vulnerabilidade não raramente estão presentes nas vidas desses indivíduos desde muito cedo (Schenker & Minayo, 2003; Oliveira et al., 2008; Roehrs et al., 2008). Fatos como a vivência e crescimento em ambientes violentos, submetidos a violações de direitos, assim como em contextos que promovem o ingresso em atividades ilícitas, faz desses consumidores de crack pessoas que necessitam de intervenções concretas e eficazes.

Conclui-se que, para alcançar parâmetros de (re)inserção social que levem em consideração o resgate de vínculos familiares, a abstinência de drogas e o ingresso em atividades laborativas, assim como a capacidade de se estabelecerem enquanto cidadãos dotados de direitos e exercendo seus deveres, carece de um longo caminho a ser traçado. Essas percepções que foram preponderantes nos relatos dos consumidores de crack pesquisados, trazem consigo desafios reais, quando se leva em consideração outros apontamentos como “descrédito na reinserção” e que “a reinserção social depende da sociedade”.

Por fim, pode-se refletir que a percepção do suporte sociofamiliar e da autoeficácia podem ter uma relação moderadora com os aspectos ligados à percepção de (re)inserção social, que somados a teia de aspectos internos e externos de cada consumidor de crack, poderá repercutir no efetivo resultado de (re)inserção social desses indivíduos. Deste modo, buscar caminhos de (re)inserção em um contexto de baixa percepção de suporte familiar, uma percepção média-baixa de suporte social e uma percepção elevada autoeficácia, porém, com resultados comportamentais de risco, torna-se um grande desafio para a implementação de ações em qualquer política pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível considerar a (re)inserção social em perspectiva, como em um espectro, no qual pode ser entendida como o objetivo final, porém construída num contínuo de ações em prol de uma melhor qualidade de vida dos consumidores de crack.

O fortalecimento dos vínculos com a família, ter um trabalho, ficar abstinente da droga, e se estabelecer na sociedade enquanto um sujeito de direitos, mas que também exerce seus deveres, foram percepções que os próprios indivíduos apontaram como importantes no caminho da (re)inserção social. Tal fato traz subsídios para que os serviços que lidam com essa demanda possam considerar em suas intervenções. Porém, é notório o grande abismo entre a perspectiva de (re)inserção que esses indivíduos referem e a real situação em que se encontram. Essa realidade pode ser refletida também nas percepções ligadas ao “descrédito na reinserção” e que “a reinserção social depende da sociedade”.

Diante de todos os aspectos que evidenciam um rol de dificuldades atreladas à vida desses consumidores de crack, torna-se prudente refletir sobre o grande desafio que as políticas públicas precisam ultrapassar. A (re)inserção social desses indivíduos passa por especificidades que devem ser amparadas em estudos empíricos e evidências teóricas que norteiem essas ações. Problematizar os conceitos de (re)inserção social, assim como, levar em consideração o que os próprios consumidores de crack trazem enquanto perspectivas para esse fim, pode sugerir uma adaptação nas intervenções e uma melhor capacitação dos profissionais que lidam na ponta com essa demanda.

Particularmente uma das hipóteses pesquisadas é que o comprometimento do qual essa população é acometida, tanto pelos intensos processos de exclusão social e autoexclusão, quanto pelo próprio fato de consumir crack e outras drogas, acabam por

debilitar a capacidade desses indivíduos e, por vezes, até dos profissionais que os acompanham, de pensar projetos de vida mais factíveis. Assim, torna-se importante fomentar estratégias que busquem uma efetiva mudança no estilo de vida dessas pessoas.

Diante do exposto, pode-se refletir que essa mudança passaria pelo processo de abstinência, tanto do crack, quanto de outras drogas de abuso. Para isso, o grande desafio seria investir no próprio indivíduo, na sua relação com as drogas, preparando-o para receber o suporte externo (social e/ou familiar), e em paralelo, intervir junto às pessoas e contextos que podem servir de base para um suporte familiar e social mais efetivo.

Sobre as limitações do estudo, pode-se esclarecer que ele se focou em um grupo pequeno e específico de consumidores de crack, que estavam acolhidos em uma instituição da assistência social no Estado de Pernambuco, devendo-se ter cuidado na extrapolação desses resultados. Os exemplos e reflexões aqui mostrados são poucos, frente ao conjunto de aspectos que podem ser discutidos por esse ponto de vista, entretanto, certamente servem de provocação para outros estudos na área.

Espera-se, em estudos posteriores, poder investigar um maior quantitativo de consumidores de crack, assim como, poder conhecer a percepção dos seus familiares e pessoas de seu contexto sobre os aspectos que influenciam na (re)inserção social. Como fruto dessa reflexão, espera-se que os achados aqui discutidos possam refinar a curiosidade dos profissionais pelo tema, ao mesmo tempo que contribua com importantes informações para a capacitação de quem atua na área.

REFERÊNCIAS

Abreu, C. C., & Malvasi, P. A. (2011). Aspectos transculturais, sociais e ritualísticos da dependência química. (pp. 67-80). In: A. Diehl, D. C. Cordeiro, R. Laranjeira & cols. (2011). *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed.

Almeida, R. B. F. (2010). *O caminho das pedras: conhecendo melhor os usuários de crack do município de Recife-PE*. Dissertação de Mestrado não publicada. Recife, PE: Universidade Católica de Pernambuco.

American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Andréas, H. (2003) *Projet d'un Cadre Genevois de Références Conceptuelles et Opérationnelles du Travail de Partenariat en Matière D'Addiction*, Genève, p. 27-37.

Apodaca, T.R. Flicker, S.M., Meyers,R.J., Sharon, M. & Slesnick, N. (2002). Evidence-based approaches for the treatment of substance abusers by involving family members. *Family Journal*. 2002; 10:281-8.

Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura factorial da self efficacy scale (escala de auto-eficácia geral) numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*, 9, 95-105.

Ardelt, M., & Eccles, J.S. (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of Family Issues*, 22, 944–972.

Arza, J. & Comas, D. (2000), *Exclusion y Integración Social*, Grupo Gid, Madrid, 2000.

Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas – ABEAD (2019).

Documento interno. Porto Alegre.

Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado - ABIPEME (1997). *Critério de Classificação Econômica Brasil*, São Paulo.

Ávila, A. C., Yates M. B., Silva D. C., Rodrigues V. S. & Oliveira. M. S. (2016). Avaliação da autoeficácia e tentação em dependentes de cocaína/crack após tratamento com o modelo transteórico de mudança (MTT). *Aletheia* 49, p.74-88, jan./abr.

Azzi, R.G., & Polydoro, S.A.J. (Orgs.) (2006). Auto-eficácia em diferentes contextos. Campinas: Editora Alínea.

Azzi, R. G. (2010). Mídias, transformações sociais e contribuições da teoria social cognitiva. *Psico*, 41, 2, pp. 252-258.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 75-78.

Bandura, A. (2001). Social cognitive Theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.

Bandura, A., Caprara, G., V., Barbaranelli, C., Gerbino, M., & Pastorelli, C. (2003). Role of affective self-regulatory Efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Development*, 74, 769-782.

Bandura, A. (2005a). Evolution of social cognitive theory. In Smith K. G., & Hitt, M. A., (Eds), *Get minds in management*. Oxford: Oxford University Press.

Bandura, A. (2005b). [Adolescent development from an agentic perspective](#). In F. Pajares & T. Urdan (Eds.). *Self-efficacy beliefs of adolescents*, (Vol. 5., pp. 1-43). Greenwich, CT: Information Age Publishing.

Bandura, A. (2006). On integrating social cognitive and social diffusion theories. In A. Singhal, & J. Dearing (eds.). *Communication of innovations: A journey with Ev Rogers*. Beverley Hills: Sage Publications.

Bandura, A., Azzi, R.G., & Polydoro, S. (Orgs). (2008). Teoria social cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed.

Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares, *Psico-USF*, 10, (1), 11-19.

Baptista, M. N. (2009). *Inventário de percepção de suporte familiar (IPSF)*. Vetor. São Paulo.

Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições.

Barroso, P. F. (2013). A Desintoxicar e Reinsereir: Perspectivas no tratamento dos usuários de drogas. Dissertação de mestrado, Universidade do Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

Bastos, F., Bertoni, N. & Hacker, M. (2008). Consumo de álcool e drogas: Principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista de Saúde Pública*, 42(1), 109-117.

Bastos, F. & Bertoni, N. (2014). *Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack/ou similares do Brasil. Quantos são nas capitais Brasileiras*. Rio de Janeiro: ICICT.

Batista, M. N. (2009) *Inventário de Percepção de Suporte Familiar. Vol.1* Vetor, São Paulo.

Berger, P. L. & Luckmann, T. (2004) *A Construção Social da Realidade*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Bertolucci P. H. F, Brucki, S., Campacci, S. R., Juliano, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuro-psiquiat.* 1994; 52:1-7.

Bessa M. A., (2012). O adolescente usuário de crack (pp. 619-630). In: Ribeiro, M. & Laranjeira. R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed.

Brasil, Ministério da Saúde, (2001). Resolução - RDC n.101. *Diário oficial 31 maio de 2001*. Recuperado em: <<http://www.mp.rs.gov.br/infancia/legislacao/id2174.htm>>. Acesso em: 24 nov. 2012.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) (2009). Crack: um problema de saúde pública. *Nota Técnica, maio*.

Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009*. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Recuperado em 29 de maio, 2019, de: http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16978.

Brasil, Ministério da Saúde, (2012). *Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012*, Brasília. Recuperado em 17 de janeiro de 2012 em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html

Brasil, Casa Civil- Subchefia para Assuntos Jurídicos (2019). *Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019*. Brasília. Recuperado em 15 de abril de 2019 em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm

- Brucki S. M. D, Nitrini R., Caramelli P., Bertolucci P. H. F., Okamoto I. H. (2003) Sugestões para o uso do minixame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuropsiquiatr* 2003; 61(3B).
- Caprara, G, Barbaranelli, C. (2011), Impact of Family Efficacy Beliefs on Quality of Family Functioning and Satisfaction with Family Life. *Applied psychology: an international review* 60 (3), 421–448 do: 10.1111/j.1464-0597.2010.00442.x
- Carvalho, S. (2007). Manual de boas práticas em Reinscrição, 1º Caderno, Enquadramento teórico. *Instituto da Droga e da Toxicodependência*. Porto.
- Carvalho, M. M. C. & Santana, S. M (2018). Uso de crack e suporte familiar: implicações na assistência. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. 13(1), São João del Rei, janeiro-abril.1455.
- Cavalcanti, L.(2007). Juventude e o uso de crack: desafios para as políticas públicas. *Seminário “Juventude Hoje”*, Recife, 21 de novembro de 2007 (Transcrição integral).
- Chin, W. W. T. (1998) partial least squares approach to structural equation modeling. *Modern methods for business research*, v. 295, n. 2, p. 295-336.
- Coelho, L. R., Sá, L.G. & oliveira, M. S. (2015). Estratégias e Habilidades de Enfrentamento de Usuários de Crack em Tratamento. *Revista de Psicologia da IMED*, 7(2): 99-109, 2015 - ISSN 2175-5027
- Conzatti F., Rodrigues V. S., Silva D. C., Ávila A. C. & Oliveira, M. S. (2016). Percepções de usuários de cocaína/crack sobre sua rede de apoio. *Aletheia* 49, p.48-59, jan./abr.

Costa F.S. (2001). O processo de reinserção social do dependente químico após completar o ciclo de tratamento em uma comunidade terapêutica. *Serv. Soc. Rev.*, Londrina, v. 3, n. 2, p. 215-242, jan./jun.

Costa, P. H. A., Rozani, T. M., Colugnati, F. A. B. (2017). “No papel é bonito, mas na prática...” Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. *Saúde e sociedade*. São Paulo, v.26, n.3, p.738-750.

De Leon, G. (2012). *A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método*. 4ª Ed., São Paulo: Ed. Loyola.

Duffy, P., & Baldwin, H. (2013). Recovery post treatment: plans, barriers and motivators. *Substance Abuse Treatments, Prevention, and Policy*, 8(6), 1-12.

Evans, S. (2017). Crack Reduzir Danos, Relatório do Programa de Saúde Pública (Public Health Program) da Open Society Foundations, disponível em: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/crack-reduzir-danos-20170313.pdf>. Acesso em: 28 de novembro de 2017.

Felipe, A., Carvalho, A., & Andrade, C. (2015). Espiritualidade e religião como protetores ao uso de drogas em adolescentes. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português)*, 11(1), 49-58.
<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i1p49-58>.

Ferreira, M. S. G; Bakos, D. S & Habigzang, L. F. (2015) A influência das crenças de autoeficácia na manutenção do emagrecimento, *Aletheia* 46, p.202-210.

Ferreira Filho, O. F., Turchi, M. D., Laranjeira, R. & Castelo, A. (2003). Perfil sociodemográfico e padrões de uso em dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública*, 37, (6). Acesso em 24/11/10. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18018.pdf>

Fontes, A. & Figlie, N. B. (2004). Redução de danos – uma alternativa para lidar com o consumo de substâncias psicoativas (pp. 421-444). In: Figlie, N. B., Bordin, S. & Laranjeira, R. (2004). *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo. Roca.

Freire, S. D., Santos, P. L., Bortolini, M., Moraes, J. F., Oliveira, M. S. (2012). Intensidade de uso de crack de acordo com a classe econômica de usuários internados na cidade de Porto Alegre/Brasil. *J. Bras. Psiquiatr.* 2012;61(4); 221-226.

Freitas, I. (2005). *Comentários sobre os documentos relativos à Reinserção Social de toxicodependentes e Indicadores de Reinserção Social*, (documento interno).

Formiga, N., S. (2011). Valoração da família e condutas desviantes: testagem de um modelo teórico. *Psychological Review*. v. 42, n. 3, pp. 383-392, jul./set.

Galduróz, J. C., Noto, A. R., Nappo, S., & Carlini, E. (2005). Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 888-895.

Ganev, E. & Lima, W. L. (2011). Reinserção social: processo que implica continuidade e cooperação. *Revista Serviço Social & Saúde*. UNICAMP, Campinas, v. X, n. 11, Jul.

Gigliotti, A., Presman S., Aguilera P. A. T., (2012). Tabagismo entre usuários de crack (pp. 607-618). In: Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed.

Gomes, R.M., (2010). Comunidade terapêutica e (re)educação. *Segurança Urbana e Juventude*, Araraquara, v.3, n.2.

Griep R. h., Chor D., Faerstein E. & Lopes C. (2003). *Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde*. *Cad Saúde Pública*, 19:62534.

Gross, D., Fogg, L., & Tucker, S. (1995). The efficacy of parent training for promoting positive parent–toddler relationships. *Research in Nursing & Health*, 18, 489–499.

Guimarães, A., Aleluia, G. (2012), Intervenção familiar no tratamento do dependente de crack. (pp. 420-433). In: Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. E., Tatham, R. L. (2009). *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre: Bookman.

Hirdes, A. (2000) *Centro comunitário de saúde mental de São Lourenço do Sul /SC: resgatando possibilidades de reabilitação psicossocial*. [dissertação] Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina.

Hollander, M. e Wolfe, D. A. (1999) *Nonparametric Statistical Methods*. New York: John Wiley & Sons.

Horta R. L, Teixeira V. A., Fontoura, L. P. V., Poletto S., Oliveira, G. A., Pinto R. O., Balbinot, A. D., & Vieira L. S. (2015). Condições Associadas à Cessação do Uso de Crack. *Trends in Psychology*, Temas em Psicologia, Vol. 23, nº 4, 887-899, DOI: 10.9788/TP2015.4-07

Horta. R. L, Balbinot, A. D., Teixeira, V. A., Pinto, R. O. Oliveira, G. Poletto, S. (2016a). Padrão de uso e possibilidade de cessação do consumo do *crack*: estudo transversal. *Estudos de Psicologia*. Campinas, 33(2), 325-334, abril – junho.

Horta. R. L., Schafer, J. L., Coelho, L. R., Rodrigues, V. S., Oliveira, M. S., & Teixeira, V. A. (2016b). Condições associadas a prejuízo de desempenho em habilidades sociais em uma amostra de conveniência de usuários de crack. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(4):e00010715, abr.

Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V and Monteiro M (2010). *The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care*. Geneva, World Health Organization.

Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Substâncias. (INPAD). (2012). *II Levantamento Nacional de Álcool e Substâncias: Cocaína e Crack*. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad/cocaina-e-crack>>. Acesso em: 21 out. 2014. acesso em: 26/03/2014.

Laranjeira, R. (2012). Bases do tratamento da dependência de crack. (pp. 23-30). In: Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed.

Leme, V. B., Coimbra, S., Gato, J., Fontaine, A.M., & Del Prette, Z.A.P. (2013). Confirmatory Factor Analysis of the Generalized Self-Efficacy Scale in Brazil and Portugal. *Spanish Journal of Psychology*, 16(E93), 1-11.

Lussi I. A. O, Pereira M. A. O & Pereira Junior (2006). A proposta de reabilitação psicossocial de saraceno: um modelo de auto-organização? *Rev Latino-am Enfermagem*. maio-junho; 14(3):448-56

Machado, K. (2010). Crack: um problema de saúde pública (pp. 19-21). *Revista Radis*, 92. Acesso em 24/11/10, Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/92/04.html>

Machado, L. V. & Boarini, M. L. (2013). Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia: Ciência e profissão*. 33 (3), 580-595.

Marlatt G. A. (1999). *Redução de Danos – estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artmed.

Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2009). Problemas com álcool e drogas. In: Marlatt, G. & Donovan D. (Orgs.). *Prevenção da recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* (2 ed., pp. 15-50). Porto Alegre: Artmed.

Martins, M. A. & Pillon, S. C. (2008). A relação entre a iniciação ao uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. *Cad. de Saúde Pública*, 24, 56, Rio de Janeiro.

Matsukura, T. S., Marturano, E. M. & Oishi, J. (2002). O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o Português. *Rev Latino-am Enfermagem*. Setembro-outubro; 10(5):675-81.

Mattews, W. (1993). Codependence: obsessed with other people – The problem behind the problem. North Carolina Cooperative Extension Service. Electronic Publication, Number FCS4103.

Melo, P. T. M. A (2013). O consumidor de crack: a influência das crenças familiares no tratamento. *Dissertação (Mestrado)*. Universidade Católica de Pernambuco. LAFAM. Recife.

Melo, P. T. M. A. & Santana, S. M. (2018). Reinserção social de Consumidores de drogas: termos, saberes e práticas. *Revista Científica da FASETE*. Disponível em: https://www.fasete.edu.br/revistarios/media/revistas/2018/19/reinsercao_social_de_consumidores_de_drogas.pdf , acesso em 24/11/2018.

Mesquita, F & Siebel, S. (orgs) (2000). Consumo de drogas: desafios e perspectivas, São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (1992). O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo. Hucitec.

Minayo, M.C. S. (2004). O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. 8º Edição. São Paulo. Hucitec.

Minguardi, G. A. (2010). A trajetória vertiginosa do crack. (Edição especial), *Scientific American Brasil*, 83, p. 36-43.

Ministério da Justiça. (2007). *Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas*. Acesso em 19 de janeiro, 2015, disponível em :

http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=1437&rastr=TRATAMENTO%2FReinser%C3%A7%C3%A3o+Social/Defini%C3%A7%C3%A3o

Ministério da Saúde (2007). Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Brasília: Ministério da Saúde.

Nappo, S. A., Sanchez, Z. V. D. M., Ribeiro, L. A. (2012). Troca de sexo por crack (pp. 566-576). In: Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2009). Treatment of drug-dependent individuals with comorbid mental disorders. Rockville (US): NIH.

Neiva, S. G. S. (2007). Critério de Classificação Econômica: Proposta de critério adicional para o mercado do luxo. *Dissertação (Mestrado)* – Universidade de São Paulo. Departamento de Relações Públicas, Propaganda e Turismo.

Niel, M. & D. X. Silveira, D., X. (2008). *Drogas e redução de danos: Uma cartilha para profissionais de saúde*. São Paulo: Imprensa Oficial.

Nitrini, R., Caramelli, P., Bottino, C. M. C., Damasceno, B. P., Brucki, S. M. D., & Anghinah, R. (2005). Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação

cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 63A(3), 720-27. doi: 10.1590/S0004-282X2005000400033

Noto A. R., Galduróz, J. C., Nappo, A. S., Fonseca, A. M., Carlini, C. M. A., Moura, Y. G. & Carlini, E. A. (2003). *Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas/Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.

Oliveira, L., & Nappo, S. (2008). *Crack na cidade de São Paulo: Acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(6), 212-218.

Oksanen, J., Blanchet, F.G., Kindt, R., Legendre, P., O'Hara, R.B., Simpson, G.L., Solymos, P., Stevens, M.H.H. & Wagner, H. (2011) R package version 1.17-6.

Oliveira, E. B., Bittencourt, L. P., & Carmo, A. C. (2008). A importância da família na prevenção do uso de substâncias entre crianças e adolescentes: papel materno. *SMAD – Revista eletrônica saúde mental álcool e substâncias*, 4(2).

Paiva, F. S., Ferreira, M. L., Martins, M. Z. F., Barros, S. L. C. F., & Ronzani, T. M. (2014). A percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de drogas. *Psicologia & Sociedade*, 26(3), 696-706.

Pajares, F. & Olaz, F (2008). Teoria social cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral (pp. 97-114). In: A. Bandura, R.G. Azzi, & S. Polydoro (Orgs.). *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed.

Pernambuco (Estado). (2013). Decreto nº 39.201, de 18 de março de 2013. Institui, no âmbito do Estado de Pernambuco, o Programa de Atenção Integral aos Usuários de

Drogas e seus Familiares - PROGRAMA ATITUDE. Diário Oficial [do] Estado, Recife, 19 mar.

Pernambuco (Estado). (2011) Lei 14.561, de 26 de dezembro de 2011. Institui a Política Estadual sobre Drogas. Diário Oficial [do] Estado, Recife, 27 dez.

Perrenoud, L., & Ribeiro, M. (2012). Histórico do consumo de crack no Brasil e no mundo. (pp. 33-38). In: Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed.

Pinho P.H., Oliveira, A. & Almeida (2008). A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Rev. Psiq. Clín* 35, supl 1; 82-88.

Pitta, A. (1996) O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje. In: Pitta, A. (org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, p.19-26.

Pitta, A. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas An assessment of Brazilian Psychiatric Reform: Institutions, Actors and Policies. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(12), 4579-4589.

Ratton, J. L. Galvão, C. Fernandez, M. (2014) O Pacto Pela Vida e a redução de homicídios em Pernambuco. Artigo Estratégico 8. Ago. 2014, p. 11. Disponível em: <<http://igarape.org.br/wpcontent/uploads/2014/07/artigo-8-p2.pdf>>

Ratton, J.L., West, R. (2016) Políticas de Drogas e Redução de Danos no Brasil: o Programa Atitude em Pernambuco. Sumário Executivo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Criminalidade, Violência e Políticas de Segurança Pública da Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

Reis, M. C., & Ramos, L. (2011). Escolaridade dos pais, desempenho no mercado de trabalho e desigualdade de rendimentos. *Revista Brasileira de Economia*, 65(2), 177-

205. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71402011000200004> , acesso 22/02/2019.

Ribeiro, L., Sanchez, Z. & Nappo, S. (2010). Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 210-218.

Ribeiro, L. A., Nappo, S. A., Sanchez, Z. V. D. M. (2012a). Aspectos Socioculturais do consumo de crack (pp. 50-56). In: Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed.

Ribeiro, L. A., Duailibi L. B., Perrenoud, L. O., Sola, V. (2012b). Perfil do usuário e história natural do consumo (pp. 39-49). In: Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed.

Rodrigues, A. A & Torres, M. A. (2009). A religiosidade/espiritualidade como influência positiva na abstinência, redução e/ou abandono do uso de drogas. *Revista Formadores*, 2(3), 447. Recuperado de <http://seer-adventista.com.br/ojs/index.php/formadores/article/view/67/65> , em 06/12/2018.

Rodrigues, V. S., Ribeiro L., Rodrigues, L. A, Irigaray, T. Q., Ribeiro, F. A., Oliveira, M. S. (2017). Correlations between Cognitive Performance and Readiness to Change in Cocaine/Crack Users. *Universitas Psychologica*, Colombia, V. 16 , No. 2, Abril-Junio, ISSN 1657-9267.

Rodrigues, V. S., Horta, R. L., Szupczynski, K. P. D. R., Souza, M. C., & Oliveira, M. S. (2013). Revisão sistemática sobre tratamentos psicológicos para problemas relacionados ao crack. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(3), 208-216. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852013000300005>

Roehrs ,H; Lenardt MH; Maftum MA., (2008).Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. Esc. Anna Nery ,*Ver Enferm; jun; 12 (2): 353 - 7.*

Sá, L. G. C. (2014). *Habilidades de enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas em dependentes químicos: Construção e validação de um instrumento de medida* (Tese de doutorado não publicada, Universidade Federal de São Carlos).

Sales, C. M. & Figlie, M. B. (2011). Entrevista Motivacional. (pp. 267-277). In: Diehl, A. D., Cordeiro, R. & Laranjeira, R. (2011). *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed.

Sanchez, Z. M., & Nappo, S. A. (2002). Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(4):420-30.

Sanchez, Z. M., & Nappo, S. A. (2007). A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(suplemento 1), 73-81. doi: 10.1590/S0101-60832007000700010

Santana, S. M. (2009). *Consumidor de Álcool, Tendência Depressiva e Habilidade Social em Jovens Portugueses*. Tese de Doutorado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Santos, G. L. G. (2008) *Sobre Discursos e Práticas: a reabilitação psicossocial pelo “olhar” dos técnicos de referência de um CAPS da Região Metropolitana de Recife*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Psicologia.

Santos & Souza, E. M. (2010). Desafios no tratamento dos usuários de crack. In G. L. Silva (Org.) *Drogas: políticas e práticas* (pp. 113-123). São Paulo: Rocas.

Santos Jr., A, Finks, J., P., (2012). Cultura da violência e uso de crack (p. 108-115). In: Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed.

Santos, J. L., Erdmann, A. L. , Meirelles, B. H., Lanzoni, G. , Cunha, V. P., & Ross, R. (2017). Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(3):e1590016.

Sapori, L. F. & Sena, L. M. (2012) Crack e Violência Urbana (pp. 74-91). In: M. Ribeiro & R. Laranjeira (2012). *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed.

Saraceno, B. (1998) A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. v.9, n.1, p.26-31,1998.

Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro, Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia.

Sayago, C. B., Santos, P. L., Horta, R. L., & Oliveira, M. S. (2012). Perfil clínico e cognitivo de usuários de crack internados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 21-28.

Sayago, C. B, Santos, P. L., Ribeiro, F., Yates, M. B., Oliveira, M. S. (2013). Fatores protetivos e de risco para o uso de crack e danos decorrentes de sua utilização: revisão de literatura. *Aletheia* 42, p.164-174, set./dez.

Scaduto, A., Barbieri, V., Santos, M. A. (2014). Comunidades terapêuticas para dependentes de substâncias psicoativas: avaliação dos resultados do tratamento. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, v. 16, n. 02, pp.156-171.

Scalon, C. (2011) Desigualdade, pobreza e políticas públicas: notas para um debate. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*. São Carlos, Departamento e Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar, n. 1, p. 49-68.

Schenker, M. Minayo, M. C. S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciências & Saúde Coletiva*, 8 (1):299-306,2003.

Schenker, M; Minayo, M. C. S., (2004). A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(3):649-659, mai-jun.

Schneider, J. A., Limberger, J., Novello, B. M., Andretta, I. (2016). O papel da reabilitação psicossocial no tratamento de usuários de crack. *Aletheia* 49, p.35-47, jan./abr.

Schneider, J. A & Andretta, I. (2017a). Prejuízos nas habilidades sociais em usuários de crack: Diferenças entre usuários e não usuários. *Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, vol. 25, núm. 4, pp. 463-476. Universidad Veracruzana, Veracruz, México. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=274553648003>, acesso: 15 de abril de 2019.

Schneider, J. A., Andretta, I. (2017b). Habilidades sociais como fatores de risco e proteção entre homens usuários de crack. *Quaderns de Psicologia*. Vol. 19, No 2, 151-161.

Seleghim, M. R., Marangoni, S. R., Marcon, S. S. & Oliveira, M. L. F. (2011). Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), 1163-1170.

Siqueira, D. F., Backes, D. F. Moreschi, C., Terra, M. G. Soccol, K. L. S. & Souto, V. T.(2015). Reinserção social do indivíduo dependente de crack:

ações desenvolvidas pela família. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Abr-Jun; 24(2): 548-53.

Silva, G. L. (2010). Crack: Redução de que danos para crianças e adolescentes? Tribunal de Justiça do Mato Grosso. Disponível em: [https://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/105/988/Crack_-_Redução de que danos para crianças e adolescentes.pdf](https://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/105/988/Crack_-_Reducao_de_que_danos_para_crianças_e_adolescentes.pdf) . acesso em: 29 de maio de 2019.

Silva, G. L. (2014). *Era uma vez... a redução de danos: estudos sobre justiça e uso de drogas*. Editora Livro Rápido. Olinda – PE.

Stocker, S. (1998). Cocaine abuse may lead to strokes and mental défi cits. *NIDA Notes*, 13(3), 175-192.

Stanton M. D. & Todd TC and Associates. (1982). *The family therapy of drug and abuses addiction*. The Guilford Press, Nova York.

Tenenhaus, M., Vinzi, V., Chatelin, Y., & Lauro, C. (2005). PLS path modeling. *Computational statistics & data analysis*, 48(1), 159-205.

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime – (2010). *World Drug Report 2010* (United Nations Publication Sales No.E. 10.XI.13).

United Nations Office on Drugs and Crime. (2013). *World drug report*. New York, NY:United Nations.

Wallauer, A., Luna, I., & Costa, F. (2010). Crença de autoeficácia em processos decisórios no mercado de investimentos.. *Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios*, 3(2), 64-87. doi: <http://dx.doi.org/10.19177/reen.v3e2201064-8>

West, R. S. (2016). Políticas de drogas e redução de danos: um estudo sobre o Programa Atitude em Pernambuco. *Dissertação (Mestrado)*. Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Psicologia.

Winick, C. (1991). The counselor in drug abuse treatment. *International Journal of the Addictions*, 25, (12 a), 1479-1502.

Zanatta, B. A., Garghetti, F. C., & Lucca, S. R. D. (2012). O Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas sob a percepção do usuário. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 36(1), 225 – 237.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa “(RE)INSERÇÃO SOCIAL DE CONSUMIDORES DE CRACK: PERCEPÇÃO DA AUTOEFICÁCIA E DO SUPORTE SOCIOFAMILIAR”
 - 1.2- Sua participação é voluntária e não obrigatória.
 - 1.3- A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
 - 1.4- Sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
2. O objetivo deste estudo é investigar a percepção do consumidor de crack sobre a autoeficácia, o suporte sociofamiliar e sua reinserção social.
3. Sua participação nesta pesquisa consistirá, em fornecer algumas informações sociodemográficas (tais como sua idade, escolaridade, dentre outros dados) e responder a instrumentos que colherão informações acerca do suporte sociofamiliar e crenças de autoeficácia. Lembre-se de que em qualquer uma dessas etapas, a sua participação será sempre voluntária.
4. Os riscos relacionados com sua participação serão mínimos e quaisquer dificuldades ao longo do processo serão monitoradas, sendo priorizada a solução dos problemas. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.
5. Os benefícios relacionados com a sua participação serão: receber orientações adequadas sobre as repercussões individuais e sociais do consumo de drogas, assim como esclarecimentos sobre direitos e serviços para tratamento que são pagos pelo SUS
6. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Lembre-se que o seu nome não deverá constar em nenhuma parte do inventário para que seja garantido o anonimato de sua participação.
7. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.
8. A pesquisa foi submetida ao Comitê Científico e de Ética da Universidade Católica de Pernambuco e seguirá, rigorosamente, os preceitos éticos estabelecidos na Resolução 466/12 do CNS. Com intuito de fornecer uma devolução dos benefícios da pesquisa, será marcada uma apresentação, em data show, dos aspectos da pesquisa realizada.

DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL:

SUELY DE MELO SANTANA

Assinatura

UNICAP – Rua do Príncipe, 526, Boa Vista
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica (G4, 7º Andar)
E-mail: suely.santana09@gmail.com
Telefone: (00 55 81) 21194015

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP que funciona na PRÓ-REITORIA ACADÊMICA da UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, localizada na RUA ALMEIDA CUNHA, 245 – SANTO AMARO – BLOCO G4 – 8º ANDAR – CEP 50050-480 RECIFE – PE – BRASIL. TELEFONE (81).2119.4376 – FAX (81)2119.4004 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: pesquisa_prac@unicap.br

Recife, ____ de _____, 201_. Participante: _____.

DADOS SOCIOECONÔMICOS

Sexo: M () F () Idade: _____ Estado Civil: _____
 Com quem vive: _____
 Escolaridade: _____
 Religião: _____ Praticante: Sim () Não ()

ESCALA ABIPEME Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado

Dados de Classificação

A. Quem é o chefe da família na sua casa?

O próprio entrevistado () Outrem ()

B. Qual foi o grau de instrução mais alto que o chefe-de-família obteve? Qual o último ano de escola que esta pessoa cursou? _____

Categorias para a classificação

Instrução ABIPEME

Analfabeto / Primário incompleto	0	
Primário Completo / Ginásial Incompleto	5	
Ginásial Completo / Colegial Incompleto		10
Colegial Completo / Superior Incompleto	15	
Superior Completo	21	

C. Na sua casa tem (cada item abaixo)?

	<i>Não</i>	<i>Sim</i>
Aparelho de DVD	0	10
Máquina de lavar roupa	0	8
Geladeira	0	7
Aspirador de pó	0	6

D. Quantos (cada item abaixo) existe em sua casa?

<i>Itens de posse</i>	<i>Não tem</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>+ 6</i>
Carro	0	4	9	13	18	22	26
Tv	0	4	7	11	14	18	22
Banheiro	0	2	5	7	10	12	15
Empregada Mensalista	0	5	11	16	21	26	32
Rádio	0	2	3	5	6	8	9

Total: _____

Classe sócio-econômica pelo total de pontos ABIPEME Total: _____

- A > ou = 89 B 59 a 88
 C 35 a 58 D 20 a 34
 E < ou = 19

MEEM

Mine Exame do Estado Mental

ASSIST

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

QUESTIONÁRIO DE SUPORTE SOCIAL (SSQ)

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE SUPORTE SOCIAL

1. Em cada questão você deverá responder as duas partes.
2. Nenhuma questão deve ficar sem resposta
3. Na primeira parte de cada questão você deverá colocar as iniciais do nome ou nome de cada pessoa que você pode contar em cada situação – Após as iniciais escreve quem é essa pessoa para você (Esposa, vizinho (a), Mãe , tio, entre outros.)
4. Se você não tiver nenhuma pessoa que possa te ajudar na situação que a pergunta descreve, marque a opção Ninguém.
5. Você pode escrever em relação às pessoas nos espaços que estão marcados para serem preenchidos (e não um número maior de espaços disponíveis).
6. Pode-se repetir as mesmas pessoas nas diferentes perguntas
7. Na segunda parte da questão você deverá marcar a opção que mais se aproxima do quanto você está satisfeito(a) com o apoio das pessoas que você descreveu na primeira parte. Marque o grau de sua satisfação, mesmo se você respondeu NINGUÉM.
8. Marcar apenas uma opção na parte “EM QUE GRAU VOCÊ FICA SATISFEITO”.
9. Exemplo: Com quem você costuma sair?

 P. J. = primo M. J. = Marido

Em que grau você fica satisfeito com essa companhia?

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

QUESTIONÁRIO DE SUPORTE SOCIAL (SSQ)

1. Com quem você realmente pode contar para ouvi-lo quando precisa conversar:

()Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- () Muito satisfeito () Um pouco satisfeito
() Razoavelmente satisfeito () Razoavelmente insatisfeito
() Um pouco insatisfeito () Muito insatisfeito

2. Com quem você realmente pode contar para ajuda-lo se uma pessoa que você pensou que era bom (boa) amigo(a) insultou você e diz que não queria ver você novamente?

()Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- () Muito satisfeito () Um pouco satisfeito
() Razoavelmente satisfeito () Razoavelmente insatisfeito
() Um pouco insatisfeito () Muito insatisfeito

3. Você acha que é parte importante da vida de quais pessoas?

()Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- () Muito satisfeito () Um pouco satisfeito
() Razoavelmente satisfeito () Razoavelmente insatisfeito
() Um pouco insatisfeito () Muito insatisfeito

4. Quem você acha que poderia ajuda-lo se você fosse casado(a) e tivesse acabado de se separar ?

()Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- () Muito satisfeito () Um pouco satisfeito
() Razoavelmente satisfeito () Razoavelmente insatisfeito
() Um pouco insatisfeito () Muito insatisfeito

5. Com quem realmente você poderia contar para ajuda-lo a sair de uma crise, mesmo que para isso essa pessoa tivesse que deixar seus próprios afazeres para ajudar você?

()Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

6. Com quem você pode conversar francamente sem ter que se preocupar com o que diz?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

7. Quem ajuda você a sentir que você verdadeiramente tem algo positivo que pode ajudar os outros?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

8. Com quem você realmente pode contar para distraí-lo de suas preocupações quando você se sente estressado?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

9. Com quem você realmente pode contar quando você precisa de ajuda?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

10. Com quem você poderia realmente contar para ajudar caso você fosse despedido do emprego ou fosse expulso da escola ?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

11. Com quem você pode ser totalmente você mesmo(a) ?

- Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

12. Quem você acha que realmente aprecia você como pessoa ?

- Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

13. Com quem você pode contar para dar sugestões úteis que ajudam você a não cometer erros?

- Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

14. Com quem você pode contar para ouvir seus sentimentos mais íntimos de forma aberta e sem criticar você?

- Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

15. Quem vai confortar e abraçar você quando você precisa disso?

- Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

16. Quem você acha que o (a) ajudaria se um bom amigo(a) seu tivesse sofrido um acidente de carro e estivesse hospitalizado em estado grave?

- Ninguém
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

17. Com quem realmente você pode contar para ajuda-lo a ficar mais relaxado quando você está sob pressão ou tenso(a)?

- Ninguém
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

18. Quem você acha que poderia te ajudar se morresse em parente seu muito próximo?

- Ninguém
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

19. Quem aceita você totalmente, incluindo o que você tem de melhor e de pior?

- Ninguém
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

20. Com quem você pode contar para preocupar-se com você independentemente do que esteja acontecendo com você?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

21. Com quem realmente você pode contar para ouvi você, quando você está bravo com alguém?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

22. Com quem você pode contar para lhe dizer, delicadamente, que você precisa melhorar em alguma coisa?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

23. Com quem você pode realmente contar para ajuda-lo a sentir-se melhor quando você está triste/deprimido?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

24. Quem você sente que gosta de você verdadeiramente e profundamente?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

25. Com quem você pode realmente contar para consolá-lo quando está muito contrariado?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

26. Com quem você pode realmente contar para apoiá-lo em decisões importantes que você toma?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

27. Com quem você pode contar para ajudá-lo a se sentir melhor quando você está muito irritado e pronto para ficar bravo com qualquer coisa?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito:

- Muito satisfeito Um pouco satisfeito
 Razoavelmente satisfeito Razoavelmente insatisfeito
 Um pouco insatisfeito Muito insatisfeito

IPSF
Inventário de Percepção de Suporte Familiar

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA

(Schwarzer & Jerusalém, 1995; adaptado por Leme, Coimbra, Gato, Fontaine & Del Prette, 2013)

Item		1	2	3	4
		Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
1	Quando tenho algum problema, geralmente encontro várias soluções.				
2	Quando enfrento dificuldade, mantenho a calma porque acredito na minha capacidade para lidar com as situações.				
3	Graças às minhas capacidades, sei como reagir quando sou apanhado (a) de surpresa.				
4	Quando passo por dificuldades, não consigo pensar numa maneira de ultrapassá-las.				
5	Se tentar o suficiente, consigo resolver mesmo os problemas mais difíceis.				
6	Por mais que me esforce, não consigo resolver a maioria dos meus problemas.				
7	Não tenho certeza se conseguiria lidar bem com um acontecimento que não estava esperando.				
8	Aconteça o que acontecer, acredito que serei capaz de lidar com a situação				
9	É fácil para mim manter meus objetivos e minhas metas.				
10	Mesmo quando alguém me confronta, consigo arranjar uma maneira de conseguir aquilo que quero.				